Przedruk artykułów bez zezwolenia redakcji wzbroniony.

Nr. 24. 10. czerwca 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Antoni FALKIEWICZ. Lwów.

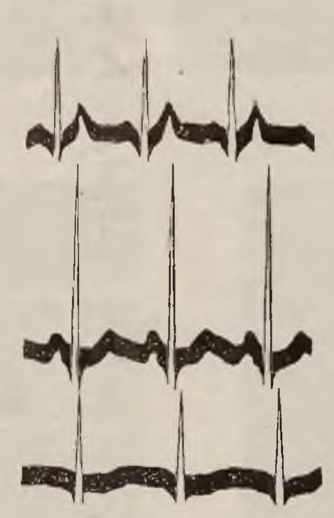
O zmianach elektrokardiogramu w dławicy piersiowej [1]).

Z II. Kliniki chorób wewnętrznych U. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. Roman Rencki.

W przebiegu zawału mięśnia sercowego występują swoiste zmiany części następowej elektrokardjogramu, które jednak w niniejszym wykładzie pomijam jako charakterystyczne dla ściśle wyosobnionej w ostatnich latach tak pod względem klinicznym jakoteż anatomicznym jednostki chorobowej, w której dławica piersiowa jest — i to niezawsze — tylko jednym z objawów. Omówię natomiast zmiany ekg, jakie występują w przebiegu tej postaci dławicy piersiowej, którą Wenckebach dawniej określił jako *„angina pectoris ambulatoria"*, rozpoznanie której przy normalnym przeważnie stanie serca podczas badania poza napadem, często poronnych postaciach bólu (nietypowe umiejscowienie bólu, tylko ucisk za mostkiem lub tylko niepokój), a także często przy braku typowych cech podczas napadu napotyka niejednokrotnie na znaczne trudności.

Elektrokardjogram chorych z dławicą piersiową poza napadem nie przedstawia żadnych cech charakterystycznych dla tego schorzenia; w pewnym odsetku przypadków wogóle żadnych odchyleń od normy niema, w innych tylko cechy przewagi serca lewego, zależne od przerostu czy od podwyższonego ciśnienia. W pewnym wreszcie procencie spotykamy mniej lub więcej wyraźne zmiany kompleksu komorowego; od niezaznaczonego wychylenia następowego, rozszerzenia kompleksu komorowego, ujemnego T, obniżenia odcinka S-T poniżej linji izoelektrycznej, do typowego obrazu bloku drobnych gałązek systemu przewodzącego (blok arboryzacji), czy bloku jednego z głównych odgałęzień wiązki Hisa (blok odnogi — *Schenkelblock)* — wszystko cechy mniej lub dalej posuniętych zmian (uszkodzenia) w mięśniu sercowym, a więc schorzenia podstawowego, na tle którego może wystąpić dławica piersiowa.

Jeżeli chodzi o zmiany elektrokardjogramu podczas napadu dławicy piersiowej, to poszczególne wzmianki na ten temat były w piśmiennictwie znacznie wcześniej, nie posiadały one jednak znaczenia ze względu na to, iż ilość badanych podczas napadu przypadków była spowodu zrozumiałych trudności mała, a podane wyniki różne. Właściwy pogląd na tę sprawę rzuciły dopiero ogłoszone w ostatnich dwu latach prace Wooda i Wolfertha[2]), w szczególności zaś Scherffa i Goldhammera[3]) oraz ostatnio ogłoszona Dietricha i Schwiegka[4]). Scherff i Goldhammer, idąc za wskazówkami Wooda i Wolfertha, zastosowali mianowicie w badaniu chorych cierpiących na dławicę piersiową lub podejrzanych próbę pracy, zapomocą której w 80% przypadków udało im się wywołać typowy albo poronny napad dławicowy, czasem zaś bez objawów dławicy charakterystyczne zmiany w ekg, które potwierdzały rozpoznanie postawione na podstawie wywiadów, w niektórych zaś przypadkach wogóle pozwalały na właściwe rozpoznanie. Zmiany owe polegają w większości na obniżeniu odcinka S-T elektrokardjogramu poniżej linji izoelektrycznej, co najwyraźniej występuje w odprowadzeniu II (w niektórych przypadkach Scherffa i Goldhammera wynosiło ono do 6 mm); wychylenie następowe staje się po pracy niekiedy niewidoczne albo nawet ujemne, w grupie QRS najwyraźniejsze zmiany zachodzą w odprowadzeniu III i przedstawiają się albo jako zwiększenie lub zmniejszenie wychylenia R, czasem jego roztrzepanie, nadto niekiedy zmniejszenie poprzednio głębokiego Q. Spotykane w pewnej liczbie przypadków obniżenie odcinka P-R podczas samoistnego napadu, lub po próbie pracy, (a więc taka sama zmiana jak w zakresie odcinka S-T) uważają Scherff i Goldhammer za następstwo powiększenia, w prawidłowych warunkach bardzo małej i ukrytej zwykle w grupie QRS części następowej wychylenia przedsionkowego. Opierając się na doświadczeniach na zwierzętach oraz na spostrzeżeniu, że także u zdrowego człowieka po większym wysiłku można stwierdzić obniżenie P-R, nie uważają tej zmiany za charakterystyczną dla dławicy piersiowej, gdyż jest ona następstwem różnorakiego uszkodzenia mięśnia. W przypadkach, w których jest sposobność wykonania ekg podczas samoistnego napadu, zachodzą te same zmiany co po próbie pracy, istnieją conajwyżej różnice ilościowe; o ile tylko były odchylenia ekg podczas samoistnego napadu, to można je wywołać zawsze próbą pracy, przyczem występują one nie bezpośrednio po wysiłku lecz w niedługi czas później — czasem także i ból pojawiał się później, — znikają zaś z reguły o wiele później niż ból, czasem utrzymują się po ustąpieniu bólu jeszcze przez kilkadziesiąt minut. Niejednokrotnie anormalny ekg po pracy stwierdzić można mimo, że bólu ani uczucia ucisku za mostkiem nie było. O ile poprzednio podano choremu którykolwiek z azotynów, próba pracy pozostawała bez wpływu na ekg, mimo, że przedtem u tego samego chorego wypadała kilka razy dodatnio. Jeżeli chodzi o dawkowanie pracy, to polecają przejście kilkudziesięciu stopni w górę w ciągu krótkiego czasu, jest to więc dawka duża, wyjątkowo w cięższych przypadkach wystarcza do wywołania charakterystycznych odchyleń ekg, niekiedy już kilka przysiadów, czasem tylko kilkakrotne podniesienie ramion w górę. Z 8 przypadków ujemnych Scherffa i Goldhammera tylko w trzech było pewne rozpoznanie dławicy piersiowej, natomiast pięciu pozostałych chorych podawało dolegliwości niecharakterystyczne tak, że opisaną próbę wykonano u nich jedynie w tym celu, ażeby w ten sposób dojść do ewentualnego rozpoznania.



Ryc. 1.



Ryc. 2.

Ryc. 1. Przed próbą pracy. — Ryc. 2. Po pracy — obniżenie S-T we wszystkich odprowadzeniach, T ujemne w odpr. III-em, S głębsze w II-em i III-em.

Spostrzeżenia nasze pod tym względem a więc badanie zmian elektrokardjogramu po pracy u chorych z dławicą piersiową według metody Scherffa i Goldhammera obejmują dotychczas 14 przypadków, z tego tylko w 8 wynik był dodatni:

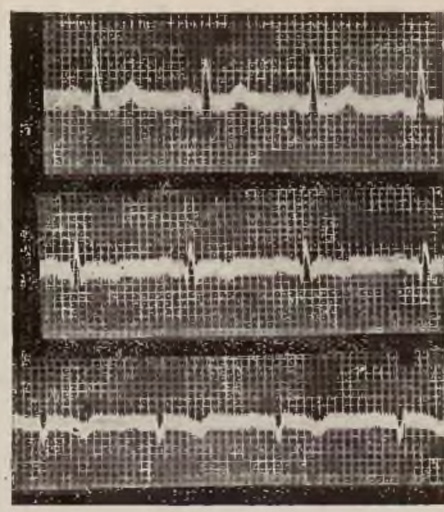
I. u 24-letniego mężczyzny z reumatyczną wadą zastawki dwudzielnej i niedomykalnością zastawek tętn. głównej, z częstemi napadami typowej dław. piersiowej zwłaszcza po nieznacznych choćby ruchach, czasem po wrażeniach: ekg poza napadem w odpr. I. odcinek S-T nieco niżej poziomu zerowego, w odpr. II. wychylenie T dwufazowe. Podczas samoistnego napadu jakoteż po próbie pracy (8 przysiadów) wraz z bólem za mostkiem i drętwieniem palców lewej ręki wyraźne obniżenie S-T w odpr. I. i II, T w odpr. I ujemne.

[1]) Wygłoszone na posiedzeniu lwowskiego Tow. Lekarskiego dnia 23 lutego 1934.

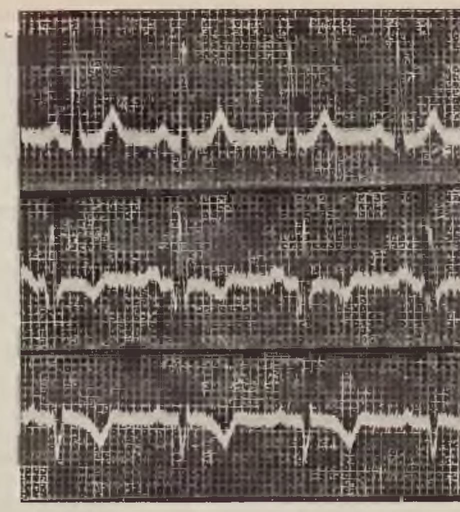
[2]) Arch. int. Med. 47 (1931) cyt. przez Scherffa i Goldhammera. Ztft. f. kl. Med. 122. (1932).

[3]) Ztft. f. Kl. Med. 122. (1932).

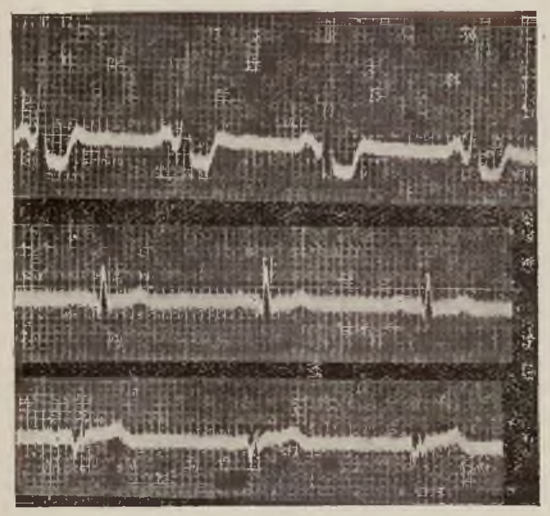
[4]) Ztft. f. Kl. Med. 125. (1933).



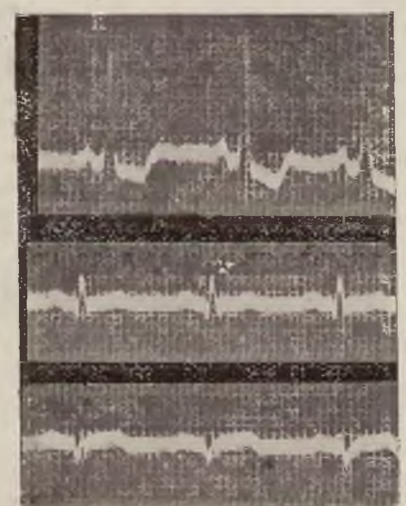
Ryc. 3 a. W spoczynku bez bólu czułość pojed.



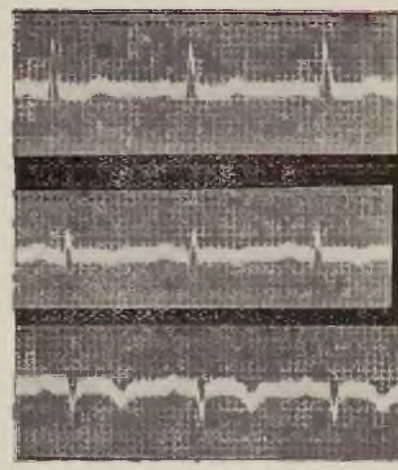
Ryc. 3 b. W spoczynku bez bólu czułość podw.



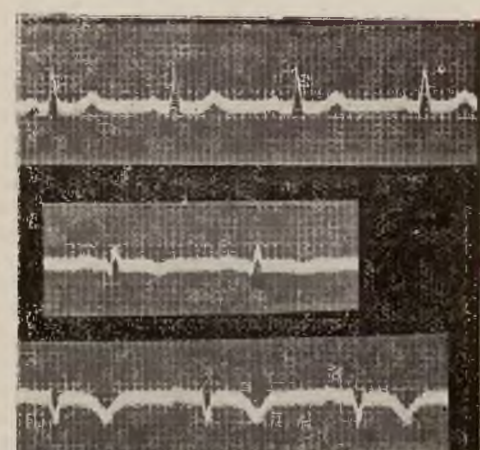
Ryc. 3 c. Po 10 schodach w górę silny ból.



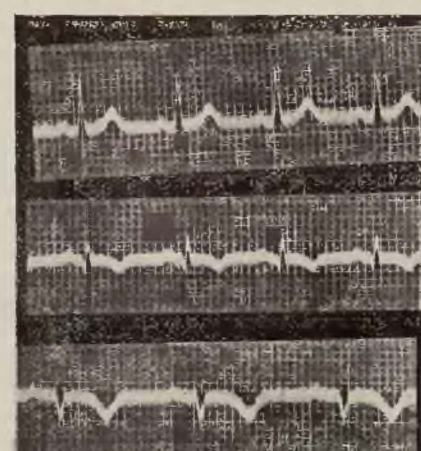
Ryc. 3 d. 5 minut później, ból słabszy.



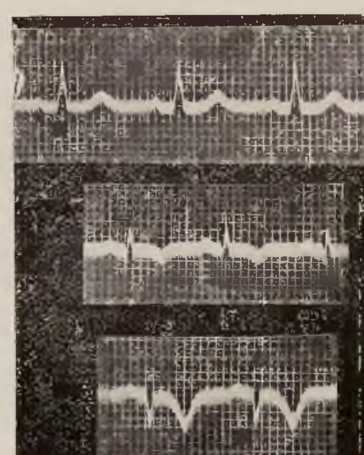
Ryc. 3 e. 12 minut po pracy lekki ból.



Ryc. 3 f. 18 minut po pracy bez bólu.



Ryc 3 g. 24 minut po pracy.



Ryc. 3 h. 30 minut po pracy.

Czas w $^1/_{25}$ sek.

II. u 51-letniego mężczyzny z typowemi bardzo częstemi napadami dław. piers. (nieraz kilka do kilkunastu na dobę) z wyraźnem obniżeniem odcinka S-T w odpr. II, nieznacznem w I. oraz ujemnem wychyleniem następowem w odpr. II. i III. znacznie wyraźniejsze obniżenie S-T w odpr. I i II podczas samoistnego napadu lub po wysiłku (u tego chorego do wywołania powyższych zmian wystarczyło kilka przysiadów, raz jeden przejście z pozycji leżącej do stojącej). W przypadku tym kilkakrotnie podczas napadu obok opisanych zmian stwierdzono bigeminię komorową.

III. U 48-letniego mężczyzny po przebytym zawale mięśnia sercowego po wysiłku stwierdzono kilkakrotnie wyraźniejsze zaznaczenie stale się utrzymującego obniżenia odcinka S-T w odpr. II i III.

IV. U 54-letniego mężczyzny z dolegliwościami dławicowemi od roku i miernem nadciśnieniem poza napadem ekg. poza nieznacznem obniżeniem odcinka S-T i ujemnem T w odpr. III. naogół normalny, po 20 przysiadach obniżenie S-T we wszystkich odprowadzeniach, najsilniejsze w II., wychylenie następowe w odpr. III. bardziej ujemne, ostre, rów-

nież ujemne T w odpr. II.; wychylenie S głębsze w odpr. II. i III. (*vide* rycina 1 i 2).

V. Daleko posunięte odchylenia ekg, ale odmienne nieco od omówionego typu wykazał podczas napadu dław., wywołanego próbą pracy przyp. V.: 33-letni mężczyzna dostał 4 tygodnie przed badaniem nagle gwałtownego bólu w okolicy serca i za mostkiem z uczuciem lęku; podczas napadu tętno było przyśpieszone i słabo napięte — miał być siny. Ból utrzymywał się przez cały dzień. Potem leżał przez 2 tygodnie. Po wstaniu odczuwał przy każdym silniejszym ruchu ściskający bol w okolicy serca i za mostkiem jak podczas pierwszego napadu, tylko słabszy i krócej trwający — po zaprzestaniu ruchu 3—12 minut. Serce nieco większe na lewo, tony czyste, częstość akcji 90 uderzeń na minutę. Elektrokardjogram w spoczynku bez bólu (ryc. 3 a. czułość pojedyncza, b czułość podwójna) ma wygląd w odprow. I. normalny, w odpr. II. nieznaczne obniżenie odcinka S-T i wyraźnie ujemne ostre T, w odpr. III jeszcze bardziej ujemne i ostre. Wychylenie R zwrócone jest w odpr. I. ku górze, w II. i III. ku dołowi. Po pracy (100 schodów w górę w szybkiem tempie) wraz z bólem dławicowym wystąpiły w ekg wyraźne zmiany (ryc. 3 c do h): w odpr. I. znaczne obniżenie S-T wynoszące prawie 5 mm natomiast w odpr. II. i III. wychylenie następowe poprzednio wyraźnie ujemne przeszło w dodatnie, mamy więc zmianę kształtu przeciwną w odpr. II. i III. do tej, jakiej należałoby się spodziewać. Odchylenia owe ustąpiły stopniowo do 30 minut po pracy, co przedstawiają wyraźnie ryc. 3 c—h, natomiast ból wcześniej, bo w 18 minut po próbie pracy. Jak wynika z podanych elektrokardjogramów i danych z wywiadów pierwszy długotrwały napad dławicy spowodowany był niewątpliwie zawałem mięśnia sercowego, pozostały po nim stałe objawy niedotlenienia mięśnia (ujemne, ostre T. w odpr. II. i III. w spoczynku bez bólu). Po pracy mamy zmiany w odpr. I. świadczące o bardzo znacznego stopnia niedotlenieniu, natomiast przedstawione odchylenia kształtu wychylenia następowego w odpr. II. i III. nie należą według dotychczasowych danych do obrazu niedotlenienia mięśnia sercowego. Wobec jednak wybitnych zmian o typie niedotlenienia w odpr. I. uważam również przejście ujemnego T w odpr. II. i III. w dodatnie za wyraz zwiększonego znacznie przez próbę pracy niedotlenienia mięśnia serc. i przy tej sposobności zwracam uwagę na tego rodzaju możliwość.

Dok. nast.

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Kazimierz KRETTER. Asystent. Lwów.

Wyniki kleszczy Kjellanda na oddziale położniczo-ginekologicznym Szpitala Kasy Chorych w latach 1925—1933.

Prymarjusz oddziału: Dr. M. T. Seidler.

Zanim przystąpię do szczegółowego liczbowego przedłożenia wyników porodów ukończonych przy pomocy kleszczy Kjellanda na Oddziale położniczym Szpitala Kasy Chorych we Lwowie, chciałbym pokrótce omówić zalety i ujemne cechy tego przyrządu. Zasadniczą cechą położnika jest jeszcze także dziś stanowisko wyczekujące i usiłowanie pozostawienia przebiegu porodu wyłącznie siłom natury. Często jednak z rozmaitych przyczyn jesteśmy zmuszeni wkraczać czynnie i zastąpić lub uzupełnić owe siły przyrody czynnikami sztucznemi, jak np. kleszczami, które mają naśladować naturalny mechanizm porodowy. Rozwiązywanie rodzących kleszczami przekroczyło, jak podaje Gawroński i Szymanowicz, okres trzystu lat, a w ostatniem stuleciu powstało cały szereg modyfikacyj i nowych modeli kleszczy, których liczba wynosi około 200.

Najbardziej wziętemi i używanemi kleszczami od roku 1916 są kleszcze Kjellanda, które zasadniczo służą do zakładania ich na główce będącej wysoko w miednicy, t. zn. ustalonej odcinkiem we wchodzie miednicy.

U nas w Polsce pierwsze próby z kleszczami Kjellanda wprowadził Sołowij na Oddziale położniczym Szpitala Powszechnego we Lwowie.

Piśmiennictwo, traktujące o tychże kleszczach, jest olbrzymie. W szczególności w tej sprawie wypowiadali się u nas, bądźto na łamach pism lekarskich, bądźto na posiedzeniach Towarzystw lekarskich autorowie polscy, jak: Bocheński, Duczymińska, Gawroński, Jakowicki, Mączewski, Niewola, Rosner, Seidler, Sołowij, Szymanowicz, Wiślański, Zubrzycki i wielu innych.

Dziś po tyloletniem doświadczeniu, zagadnienie kleszczy Kjellanda jest sprawą zamkniętą. Pierwszą, a zarazem największą zaletą kleszczy Kjellanda, jest to, że zawsze można je założyć dokładnie na obie strony ciemieniowe, bez względu na to, na jakiej wysokości i w jakiem ustawieniu znajduje się główka płodu, czy dokonała zwrotu, czy też nie. Tę właściwość zawdzięczają one specjalnej budowie, a to brakowi wygięcia miednicowego, przez co postać ich zbliża się do postaci bagnetowej, smukłej. Wygięcie główkowe łyżek jest mniejsze, niż przy innych modelach, przez co dokładniej przylegają do obu stron główki, jak również nie zwiększa się bardzo obwód główki, w stosunku do wchodu i wychodu miednicy kostnej.

Drugą bardzo ważną cechą, wynikającą z braku wygięcia miednicowego i smukłej postaci łyżek, jest to, że są one doskonałym i niezastąpionym żadnym innym modelem instrumentem rotacyjnym, zwłaszcza przy wszystkich położeniach defleksyjnych, jak: ciemieniowe, czołowe, twarzowe i t. d., gdyż zawsze chwytają główkę dokładnie biparjetalnie. Dzięki temu, że zamek jest ruchomy, można po założeniu łyżek zamknąć je na każdej wysokości i w każdej pozycji główki, co jest bardzo ważnem np. przy asynklityźmie.

Spowodu bagnetowej postaci łyżek otrzymujemy przy ciągnieniu równoległy przebieg osi łyżek do osi trzonków.

Nie będę opisywać techniki zakładania kleszczy Kjellanda, która jest dobrze znaną. Chciałbym tylko zaznaczyć, że obawy wypadnięcia pępowiny, lub nawet uszkodzenia brzegu łożyska przy rotacji przedniej łyżki, są teoretycznie możliwe, jednakowoż w praktyce się prawie nie zdarzają. Schubert i Krull opisali dwa przypadki wypadnięcia pępowiny przy rotacji przedniej łyżki. W takich bardzo rzadkich przypadkach zawsze można szybko ukończyć poród i uratować płód. Również rzadko zdarza się pęknięcie dolnego odcinka macicy przy obrocie przedniej łyżki, chyba że mamy do czynienia z nadmiernie rozciągniętym dolnym odcinkiem, silnie obkurczoną macicą dookoła części przodującej, lub też przy próbie zakładania i obracania przedniej łyżki w czasie bólu.

Zangenmeister podaje jeden przypadek takiego pęknięcia macicy, Fink opisuje dwa przypadki, Heidler trzy przypadki, i Klinika w Królewcu trzy przypadki.

W takich przypadkach wyżej wymienionych lepiej i bezpieczniej jest założyć przednią łyżkę przez wędrowanie. Przy zakładaniu przedniej łyżki należy zwrócić uwagę, by zawsze obracać nią w kierunku guziczka metalowego, umieszczonego na trzonkach obu łyżek, dzięki czemu krzywizna łyżki ściśle przylega do główki przy obrocie i w ten sposób stosunkowo najmniej rozciągamy dolny odcinek.

Zakładanie przedniej łyżki nie sprawia naogół trudności technicznych, które zdarzają się raczej przy zakładaniu łyżki tylnej, zwłaszcza w wypadkach wystającego wzgórka kości krzyżowej. W tych razach można założyć łyżkę tylną bardziej z boku od *promontorium*, a następnie przesunąć ją ku środkowi, lub też obniżając lub podwyższając trzonek łyżki, udaje nam się wprowadzić ją w szczelinę między główką płodu, a kością krzyżową.

Przed założeniem kleszczy Kjellanda musi się ustalić dokładnie rozpoznanie i to jest *conditio sine qua non.* Musimy się zorjentować co do położenia główki, przebiegu szwu strzałkowego, ułożenia obu ciemiączek i t. d., a w razie najmniejszej wątpliwości lepiej jest dokładnie zbadać całą ręką, choćby w narkozie (Rosner, Seidler, Saenger, Wyder), aniżeli nie będąc dokładnie zorjentowanym, założyć fałszywie kleszcze i wyrządzić nieobliczalne w skutkach szkody tak matce, jak dziecku. Są nawet autorowie, którzy twierdzą, że częściowo technika nie odgrywa tak ważnej roli przy operacji kleszczami Kjellanda, jak właśnie i ściśle sprecyzowane ustalenie rozpoznania.

Przypisuje się kleszczom Kjellanda, dzięki ich delikatnej i smukłej budowie, własności oszczędzające części miękkie narządu rodnego, co jednak zdaniem naszem, jak zresztą słusznie podnosi Mączewski, Heinlein i inni, nietyle zależy od samego modelu kleszczy, ile raczej od podatności i jędrności tkanek, wielkości płodu, czasu trwania porodu i t. d.

Niejednokrotnie przy bardzo ścisłych wskazaniach, istniejących warunkach i technice bez zarzutu, spotykaliśmy się ze znacznemi nieraz pęknięciami krocza, pochwy, mimo że np. przy rotowaniu główki płodu, w myśl zasad Kjellanda, nie wykonywaliśmy równoczesnej trakcji płodu.

Z drugiej zaś strony zarzuty, że przetoki pęcherzowo-pochwowe zawdzięczają swe powstanie tylko kleszczom Kjellanda, nie są całkowicie uzasadnione i nie wytrzymują krytyki.

Tu również zgadzamy się ze zdaniem autorów, jak: Mączewski, Robert Cordua i wielu innych, że w pierwszym rzędzie przyczyną przetoki pęcherzowo-pochwowej jest przedewszystkiem ucisk główki płodu na *septum vesico-vaginale* przy

długotrwałym porodzie i stąd uszkodzenia pęcherza, które potem bierze się na karb kleszczy, jak z drugiej strony trzeba przyznać, że kleszcze pośrednio mogą się przyczynić do dalszego uszkodzenia, zapoczątkowanego już przedtem przez długotrwały poród i ucisk główki na pęcherz moczowy. Pamiętać też należy zawsze o odprowadzeniu moczu przed założeniem kleszczy.

Co się tyczy wskazań do zakładania kleszczy Kjellanda, to muszą one być taksamo ściśle stosowane i sprecyzowane, jak przy innych modelach, czyli że kleszcze Kjellanda nie upoważniają nas w żadnym wypadku do jakiegoś rozszerzania wskazań. Spoczątku zakładano kleszcze Kjellanda nawet na nieustalonych główkach, balotujących nad wchodem, a w razie nieudania się zabiegu, wykonywano obrót na nóżkę lub wymóżdżenie. Dzisiaj wszyscy zgadzają się z tem, że tego rodzaju postępowanie jest zasadniczo błędne i niedopuszczalne, gdyż mogą wywołać ogromne szkody matce i dziecku.

Nie zgadzamy się również z postępowaniem Fraenkla, który zakłada kleszcze Kjellanda na sali operacyjnej, a gdy po trzech próbnych pociągnięciach nie udaje się obniżyć główki do miednicy, wtedy wykonuje cięcie cesarskie brzuszne.

Obecnie stoi się na tem stanowisku, że t. zw. wysokie kleszcze można zakładać wtedy, gdy główka płodu jest mocno ustalona odcinkiem we wchodzie i częściowo skonfigurowana ze szwem strzałkowym biegnącym poprzecznie we wchodzie miednicy. Wedle definicji Wintera, pod wysoko stojącą główką należy rozumieć sytuację, gdzie główka swojem *„hypomochlion"* sięga do ***linea interspinalis*** lub nieco ponad nią, czyli że największy wymiar główki jest we wchodzie lub lekko nad wchodem. W tym stanie założone kleszcze nazywa autor wysokiemi. My również kierujemy się i uznajemy tę definicję Wintera. W przypadkach takich, gdzie główka jest nad wchodem, lub lekko do niej przyparta, a dalej tam, gdzie istnieje wyraźnie duży niestosunek porodowy pomiędzy wielkością i podatnością główki płodu, a wymiarami kostnemi miednicy, kuszenie się o przeprowadzenie porodu kleszczami Kjellanda jest błędem w sztuce, co potwierdzają wszyscy autorowie.

Od tych kleszczy nie można wymagać, jak sam autor podkreśla, za wiele, a błędne usiłowania w tym kierunku mogą wywołać ogromne spustoszenia u matki, jak głębokie pęknięcia szyi macicy aż do przymacicz, pęknięcia pochwy aż do sklepień, przetoki pęcherzowo-pochwowe, późniejsze *cysto- et rectocele* i t. d. Te rzeczy nie mogą być brane na rachunek danego modelu, lecz są następstwem nieznajomości wskazań i warunków. Dzieci w takich wypadkach będą zawsze nieżywe, a sekcja ich wykaże krwotoki mózgowe, załamania kości czaszki, pęknięcia opon mózgu i t. d.

Wkońcu chciałbym krótko powiedzieć o wysokiem prostem ustawieniu główki, a kleszczach Kjellanda.

Te przypadki zdarzają się naogół rzadko, bo 0.2—0.4% (Pankow, Weinzierl). Korzystniejszem jest położenie *occipito-pubica*, niż *occipito-sacralis* (stosunek 2:1).

Leczenie jest zasadniczo wyczekujące, gdyż zdarzają się przypadki samoistnego porodu, gdzie główka, o ile jest mała, a miednica obszerna, przejdzie sama przez kanał rodny, nie dokonując wogóle zwrotu, częściej jednak trzeba wystąpić czynnie.

Tutaj kleszcze Kjellanda okazują się tym idealnym instrumentem, którym można uchwycić główkę biparjetalnie i w pewnych tylko warunkach przeprowadzić ją bez rotowania przez cały kanał rodny, jak to opisuje swój przypadek Seidler na jednej z dyskusji o kleszczach Kjellanda w Ginekologji Polskiej.

W przypadkach zaś, w których w wyżej opisany sposób nie da się postąpić, chwyta się główkę biparjetalnie, przy *occipito-pubica* zamkiem do przodu, a *occipito-sacralis* zamkiem do tyłu, i rotuje się tak, że przez wchód przeprowadza się główkę szwem strzałkowym poprzecznie do miednicy, a następnie rotuje się poraz drugi tak, by szew strzałkowy biegł znowu w wymiarze prostym wychodu miednicy (Wille). I tutaj kleszcze Kjellanda zdają doskonale egzamin, jako świetny instrument rotacyjny, z którym żaden inny model kleszczy nie może współzawodniczyć.

Obecnie przystąpię do szczegółowego podania wyników kleszczy Kjellanda na oddziele położniczym Szpitala Kasy Chorych w latach 1925—1933.

W tym okresie założono 132 razy kleszcze Kjellanda, na ogólną ilość porodów 5.800, co daje procentowo 2.2%.

Z tego wysokich kleszczy wedle definicji Wintera założono 100, a mianowicie u pierwiastek 86, a u wieloródek 14.

Miednica:		Zakładano łyżkę przednią:	
Prawidłowa	66	1) Przez wędrowanie	20
Płaska krzywicza	12	2) Wprost pod spojenie	30
Płaska	6	3) Typowo przez rotację	50
Ogólnie ścieśniona	16		

Dzieci urodzonych żywo było 85, zaś nieżywo 15.

Jeśli chodzi o dzieci urodzone nieżywo, to cztery razy była okręcona pępowina dookoła szyjki płodu, dwa razy wypadnięcie pępowiny. W reszcie przypadków (9) przewieziono rodzące do Zakładu z długotrwałą czynnością porodową, z wyraźnym urazem porodowym (brudne wody, temperatura do 39° i wyżej i t. d.).

Śmiertelność matek wynosiła 4, co daje 3%.

Przyczyny śmierci matek:

1) Zator tętnicy płucnej pod koniec drugiego tygodnia połogu.

2) Śmierć nastąpiła w czasie narkozy eterowej, gdzie, jak sekcja wykazała, istniał stan grasiczo-limfatyczny i *hypoadrenalinaemia*.

3) Obustronne zapalenie odoskrzelowe płuc przy ogólnej otyłości i otłuszczeniu mięśnia sercowego.

4) Zakażenie połogowe. Tu spowodu atonji macicy w III. okresie zostały resztki łożyska w jamie macicy, które wyskrobano i następnie musiano zastosować tamponadę jamy macicy.

Wskazania do założenia wysokich kleszczy:

1) Brak postępu porodowego i równocześnie grożąca asfiksja płodu: 53 przyp. 2) Wyczerpanie matki i wtórne osłabienie bólów porodowych: 15 przyp. 3) Tylko grożąca asfiksja płodu: 15 przyp. 4) Wypadnięta pępowina: 2 przyp. 5) Nieskompensowana wada serca: 3 przyp. 6) Grożące pęknięcie macicy: 2 przyp. 7) Rzucawka porodowa: 4 przyp. 8) Ze względu na poprzednie cięcie cesarskie: 1 przyp. 9) Wysokie proste ustawienie główki: 1 przyp. 10) Włókniak szyjki macicy i wada serca: 1 przyp. 11) Przedwczesne odklejenie łożyska: 1 przyp. 12) Położenie czołowe: 2 przyp.

Przetoki pęcherzowo-pochwowe: cztery, procentowo 3%.

1) W pierwszym przypadku powstała ona przed założeniem kleszczy Kjellanda, dzięki nekrozie uciskowej spowodu ucisku główki przy długotrwałym porodzie u wieloródki, warga przednia macicy obrzękła tak dalece, że samoistnie odpadła. Krwawy mocz przed założeniem kleszczy.

2) W drugim przypadku stan zupełnie identyczny, jak pod 1).

3) W trzecim przypadku wina kleszczy, gdyż zakładano łyżkę przednią przy nadmiernie rozciągniętym dolnym odcinku.

4) Ten dotyczył wieloródki lat 41, u której poród trwał 51 godzin. Pierwotnie słabe bóle porodowe. Wymiary miednicy normalne. Założenie kleszczy w sposób typowy nie sprawiało żadnych trudności, trakcja b. łatwa i lekka. Na drugi dzień stwierdzono zupełnie niespodzianie przetokę pęcherzowo-pochwową.

Kleszcze Kjellanda zakładane w próżni na główce ze szwem strzałkowym poprzecznym lub skośnym. W sumie założono 16, z tego u pierwiastek 13, u wieloródek 3.

Miednica:		Zakładano łyżkę przednią:
Prawidłowa	14	Przez wędrowanie 16 razy.
Płaska	2	

Dzieci urodzonych żywo 16.

Wskazanie do kleszczy: brak postępu porodowego i asfiksja płodu w 14 przypadkach, a w 2 przyp. wada serca.

Kleszcze Kjellanda zakładane przy niskiem poprzecznem ustawieniu główki.

W sumie było 9 przypadków, a to: 7 przypadków u pierwiastek, a 2 u wieloródek.

Miednica:		Zakładano łyżkę przednią:	
Prawidłowa	8	1) Wprost pod spojenie	6
Płaska	1	2) Przez wędrowanie	3

Wszystkie dzieci urodzone żywo.

Wysokie kleszcze Kjellanda ukończone wymóżdżeniem.

W sumie takich przypadków było 7, z tego 4 przyp. u pierwiastek, a 3 przyp. u wieloródek.

Miednica:		Zakładano łyżkę przednią:	
Prawidłowa	2	1) Przez wędrowanie	2
Płaska	1	2) Wprost pod spojenie	3
Ogólnie ścieśniona	4	3) Typowo przez rotację	2

Dzieci nieżywych 7.

Wskazaniem do zabiegu było:

Grożące pęknięcie macicy: 2. Łożysko przodujące przybrz. 1. Wypadnięta pępowina: 2. Rzucawka porodowa: 2.

Reasumując to powiemy: Ilość założonych kleszczy Kjellanda od 1925—1933 wynosi 132, co daje 2.2%.

Z tego wysokich kleszczy: 100. Kleszcze założ. w próżni: 16. Przy niskiem poprzecznem: 9. Kleszczy wysokich ukończonych wymóżdżeniem: 7.

Dzieci nieżywych wliczając wymóżdżenie, po usiłowanym Kiellandzie, było 22, co daje 16.6%.

Matek zmarło 4. co czyni 3% śmiertelności.

Przetok pęcherzowo-pochwowych było 4 = 3%.

Celem porównania naszych wyników, przytoczę kilka danych cyfrowych u innych autorów, i tak:

Śmiertelność matek po kleszczach Kiellanda podaje: Winter — 0.50%, Dederlein — 0.48%, Stuhl — 6.50%, Heidler — 2%, Fink — 2.7%, Sellheim — 4.15%.

Śmiertelność dzieci po kleszczach Kjellanda podaje: Stuhl — 30%, Heim Konrad — 35%, Heidler — 18%, Klinika w Królewcu — 17.5%, Neumann — 20%, Weinzierl — 43%, Duczymińska — 45% (18:40), Mączewski — 11.4% (4:35), Niewola — 28%, Sellheim — 20.8%, Kielland — 1.4% (4:352).

Jak z powyższych danych wynika, nasze wyniki dorównują, a niejednokrotnie przewyższają wyżej wymienione. Przyczyną tego jest to, że w okresie wypróbowywania kleszczy Kjellanda unikaliśmy skrajności i t. zw. *furror operativus*.

Wytyczne nasze przy operowaniu kleszczami Kjellanda były następujące:

1) Nie zakładaliśmy kleszczy na ruchomych główkach płodu, za wyjątkiem kilku przypadków rzucawki porodowej, gdzie wymiary miednicy były prawidłowe, a nawet obszerne, a płód był stosunkowo nieduży tak, że istniała pewność urodzenia dziecka żywego i nieuszkodzenia matki.

2) Nie operowaliśmy nigdy przy znacznym niestosunku porodowym i raczej po kilku próbnych trakcjach kończyliśmy poród wymóżdżeniem.

3) Zwracaliśmy bardzo dokładnie uwagę na ścisłe wskazania i obecność odpowiednich i wymaganych warunków dla kleszczy.

4) Łyżką przednią przy główce będącej odcinkiem we wchodzie zakładaliśmy zawsze typowo przez rotację.

5) Rotacja z równoczesną trakcją jest przeciwwskazana.

6) Zapobiegawczo zakładaliśmy cewnik *à demeure* po porodzie, licząc się w każdym przypadku z możliwością alteracji pęcherza moczowego łyżką przednią przy trakcji.

7) Na główkę znajdującą się największym odcinkiem w miednicy, zakładaliśmy łyżkę przednią przez adaptację, zaś przy niskiem poprzecznem łyżkę przednią zakładaliśmy wprost pod spojenie łonowe wklęsłością łyżki zwróconą ku główce.

Piśmiennictwo:

Chr. Kjelland: Broszura oryginalna. — Zubrzycki: P. G. L. 1923. — Gmolińska-Duczymińska: P. G. L. 1924. Nr. 23. — Gawroński-Szymanowicz: P. G. L. 1925. Nr. 36 i 37. — Gin. Pol. 1926. T. V. Zesz. IV—VI. — Gin. Pol. 1927. T. VI. Zesz. IV—VI. — Mączewski: P. G. L. 1927. Nr. 22. — Niewola Jan: P. G. L. 1927. Nr. 32 i 33. — Gin. Pol. 1931. T. X. — Bocheński: Gin. Pol. 1923. — Bocheński-Sołowij: Gin. Pol. 1924. T. III. — Rosner: Gin. Pol. 1926. T. V. — Jakowicki: Gin. Pol. 1926. T. V. — Ztl. f. Gyn. 1923. Nr. 5., Nr. 17., Nr. 22. — Ztl. f. Gyn. 1924. Nr. 8., Nr. 12., Nr. 28. — Ztl. f. Gyn. 1925. Nr. 10., Nr. 27., Nr. 33., Nr. 48., Nr. 16., Nr. 14. — Ztl. f. Gyn. 1926. Nr. 14., Nr. 30. — Ztl. f. Gyn. 1927. Nr. 34., Nr. 37. — Ztl. f. Gyn. 1928. Nr. 11. — Ztl. f. Gyn. 1929. Nr. 44. — Ztl. f. Gyn. 1931. Nr. 49., Nr. 11. — Paul Werner: Aertzl. Prax. 1930. Nr. 2. — Halban-Seitz: Dr. Fink Karol Bd. VIII. Część II. — Seidler-Paruch-Gizowski: Gin. Pol. Tom XI. Zeszty X—XII.

Dr. Edward EHRENPREIS, lekarz zdroj. Krynica.

Kilka uwag o stosowaniu insuliny u cukrzycowych.

Mimo upływu jedenastu lat od ogólnego wprowadzenia tak ważnego środka, jakim jest insulina, dla leczenia cukrzycy, są zapatrywania co do wskazań jej stosowania nietylko nieustalone, ale nawet rozbieżne. Jedni chcieliby ją stosować bezwzględnie u każdego chorego na cukrzycę, inni natomiast tylko w najcięższych przypadkach cukrzycy. Te tak skrajne zapatrywania, szczególnie lekarzy praktyków, którzy najczęściej mają sposobność leczenia cukrzycy od pierwszych jej objawów, są niewątpliwie przyczyną często stosunkowo spotykanych przypadków tej choroby, zupełnie nieodpowiednio leczonych a nawet zaniedbanych.

W niniejszym artykule, opartym na dostępnem mi piśmiennictwie tego przedmiotu i doświadczeniu z własnej praktyki, postaram się wykazać, dlaczego powyższe skrajne zapatrywania niezawsze są słuszne i że jak leczenie cukrzycy wogóle tak szczególnie stosowanie insuliny musi być osobniczo stosowane, trzymając się zasady, że mamy leczyć chorego na cukrzycę a nie cukrzycę.

Wskazania do stosowania insuliny u cukrzycowych należy podzielić na bezwzględne przez wszystkich uznane i względne, co do których zapatrywania są właśnie różne. Do grupy pierwszej należą przedewszystkiem przypadki śpiączki cukrzycowej *(coma diabet.)*, dla których insulina stanowi wskazanie wprost życiowe. Ciężkie przypadki śpiączki stanowią wprawdzie mimo to nadal bardzo niebezpieczne powikłania, ale niejednego takiego chorego udało się przy pomocy insuliny uratować. Bez niej byłby stracony. Najkorzystniejsze rokowania dają te przypadki, w których śpiączka występuje nagle u cukrzycowych, nieokazujących dotychczas ciężkiego przebiegu (np. w następstwie choroby zakaźnej, zatrucia, nadmiernego natężenia fizycznego i t. d.), najgorsze zaś te, w których śpiączka stanowi niejako ostatni okres cukrzycy. Działać tu trzeba zawsze szybko i energicznie: dawki insuliny muszą być duże, 100—200 jednostek na dobę, przyczem równocześnie podaje się doustnie lub o ile chory jest nieprzytomny, dożylnie cukier, aby przy tak dużych dawkach insuliny uchronić chorego przed powstaniem hipoglikemji i aby ułatwić spalenie ciał ketonowych w tkankach. Przy zupełnej śpiączce wstrzykuje się zwykle jako pierwszą dawkę 100 jednostek a następnie co 2—3 godziny po 20—30 jednostek. W przypadkach takich podajemy nadto chętnie dla wzmożenia działania insuliny i podniesienia zapasu zasad 200—300 g 3% roczczynu sody i to dożylnie lub do odbytnicy. Pamiętać należy również o równoczesnem wzmocnieniu serca (kamfora, kofeina, kardjazol), gdyż przy zupełnej niedomodze naczyniowej insulina niewiele już pomoże. Po minięciu bezpośredniego niebezpieczeństwa napadu śpiączki można stopniowo codzienną dawkę insuliny zmniejszać, — polecając równocześnie jeszcze pewien czas pożywienie obfitsze w węglowodany, ale z ograniczeniem tłuszczów.

W okresie przedśpiączkowym, a więc przy utrzymanej jeszcze przytomności, ale już rozwiniętych zaburzeniach oddechowych, wystarczają jako dawki pierwsze 50—100 jednostek insuliny, naturalnie przy odpowiedniem żywieniu, obfitującem w węglowodany.

W każdym przypadku śpiączki należy się upewnić, że istotnie chodzi o śpiączkę cukrzycową a nie o inną postać zatrucia lub może nawet o śpiączkę hipoglikemiczną, przy której ponowna i to zwykle duża dawka insuliny mogłaby być śmiertelną.

Jak bardzo korzystnie insulina wpływa na śpiączkę, wykazują odnośne statystyki; podczas gdy przed wprowadzeniem insuliny do lecznictwa cukrzycy zejścia śmiertelne spowodu śpiączki występowały w 60—70%, to od czasu jej stosowania powikłanie to nietylko występuje znacznie rzadziej jako objaw końcowy cukrzycy, ale i śmiertelność spowodu śpiączki bardzo się zmniejszyła, dochodząc w niektórych statystykach (Petren, Umber) zaledwie do 15%.

Do grupy wskazań bezwzględnych dla insuliny zaliczyć należy następnie te przypadki cukrzycy, w których zmuszeni jesteśmy wykonać większy zabieg operacyjny; insulina nietylko bowiem zmniejsza niebezpieczeństwo powstania kwasicy w następstwie uśpienia, ale nadto wpływa korzystnie na gojenie. I tu wykazały odnośne statystyki, że śmiertelność cukrzycowych po operacjach spowodu powikłań i następstw cukrzycy zmniejszyła się od czasu stosowania insuliny przed i jakiś czas po operacji, przeszło o 50%.

Bezwzględne wskazanie do insulinowania stanowią również choroby zakaźne u cukrzycowych, o ile one same zwykle bardzo pogarszają stan samej cukrzycy, wywołując nieraz nagle silną kwasicę, a nawet śpiączkę. Takie znaczne zwiększenie wrażliwości na węglowodany i zwiększenie ketonurji powstać już może w pierwszym okresie zakażenia, albo dopiero w okresie uzdrowienia. Prawdopodobnie czynnik toksyczny, szczególnie w połączeniu z gorączką stanowią ten niebezpieczny uraz, który tak szkodliwie wpływa na narząd wysepkowy mniej wartościowej u cukrzycowych trzustki, powodując szybko postępującą lub nagłą jego niedomogę. Im cięższą była postać cukrzycy jeszcze przed wystąpieniem zakażenia, tem szybciej może wystąpić kwasica lub śpiączka, szczególnie jeżeli spowodu wysokiej ciepłoty ciała, odżywienie chorego zwykle musi być ograniczone. Nieraz już nieznaczne zakażenie, któremu chory nie przypisuje większego znaczenia (grypa, *angina follicul.* i t. p.), może wywołać tak znaczne pogorszenie cukrzycy, że zmuszeni jesteśmy zaraz stosować insulinę. Dlatego cukrzycowi z najlżejszą nawet cho-

robą zakaźną powinni pozostawać pod opieką lekarza, którzyby obowiązkowo sprawdzał mocz i krew na zawartość cukru i acetonu. Przeważnie okaże się potrzeba insulinowania już we wczesnym okresie choroby zakaźnej, — także zapobiegawczo celem zmniejszenia niebezpieczeństwa powstania groźnych objawów i zwiększenia odporności ustroju na szkodliwy czynnik toksyczny. Bardzo często okaże się konieczność insulinowania takich chorych jeszcze długi czas po przebytej chorobie zakaźnej, celem należytego wzmocnienia osłabionej trzustki i przywrócenia jej do pierwotnego stanu dokrewnego działania. Przez takie dłuższe insulinowanie chory będzie miał możność odpowiedniego odżywienia się i wzmocnienia ustroju po przebytem zakażeniu, co znowu przyczyni się do szybszego skrócenia okresu ozdrowienia i powrotu nadwyrężonej przemiany cukrowej do jej pierwotnego stanu, także po zaprzestaniu insulinowania. Przekonałem się, że przez takie leczenie osiągnąć możemy nieraz tak znaczną poprawę samej cukrzycy, że przyswajalność na węglowodany — po zaprzestaniu insulinowania — jest większa i że trwa dłużej aniżeli przed wystąpieniem choroby zakaźnej.

Chciałbym tu również wspomnieć o stosowaniu insuliny u chorych cukrzycowych, dotkniętych gruźlicą płuc, która jest dość częstem powikłaniem cukrzycy i wzajemny wpływ szkodliwy obu tych chorób nie da się zaprzeczyć. Częstość gruźlicy u cukrzycowych obliczył Joslin na 6%, Noorden na 20—25%, a w niektórych statystykach dochodzi ona do 40%. Zauważono o wiele szybszy rozwój sprawy gruźliczej, aniżeli cukrzycy i dlatego niektórzy niemieccy klinicyści radzili ograniczyć insulinowanie takich chorych do przypadków, w których sprawa gruźlicza znajduje się w okresie początkowym, albowiem tam, gdzie ona się już zbytnio rozwinęła, insulinowanie nie ma żadnego celu. Przeważna część klinicystów (Joslin, Umber, Noorden, Brugsch i t. d.) stwierdzili natomiast korzystne wyniki insulinowania także cukrzycowych z daleko posuniętą gruźlicą płuc, a nawet zauważyli przytem zwolnienie dalszego jej rozwoju. Obecnie ustaliło się zapatrywanie, że stosowanie insuliny u cukrzycowych chorych na gruźlicę jest bezwzględnie wskazane, a to celem uzyskania jaknajwiększej przyswajalności na węglowodany i umożliwienia podawania choremu pożywienia wysoko kalorycznego. Lundberg zauważył ustępowanie cukrzycy w miarę postępu gruźlicy i odnosił tę poprawę do swoistego ciała wytwarzanego przez tkankę gruźliczą, zwanego „parainsuliną“. Z tego też powodu nie poleca gruźliczym cukrzycowym wstrzykiwać większych ilości insuliny, a w każdym razie radzi rozpoczynać tylko od małych dawek. Inni klinicyści nie potwierdzili zapatrywania Lundberga, i sądzą, że ewentualną poprawę cukrzycy, która istotnie nieraz występuje w rozwiniętej gruźlicy płuc, odnieść należy do niedostatecznego odżywiania i zeszczuplenia ustroju, które to stany, jak głodówki wogóle, mogą korzystnie wpłynąć na przemianę cukrową.

Zaznaczę jeszcze, że leczenie odpowiednich przypadków gruźlicy w przebiegu cukrzycy odmą piersiową, której dawniej unikano, stosuje się obecnie pod ochroną insuliny z tym samym dobrym skutkiem, jak w gruźlicy płuc wogóle.

W zeszłym roku miałem w sezonie letnim w Krynicy równocześnie w leczeniu dwa przypadki cukrzycy powikłanej gruźlicą płuc, których przebieg rzuca pewne światło na wskazanie i skutki leczenia insuliną. Jednemu z tych cukrzycowych z wyraźnemi objawami rozwiniętej gruźlicy w obu płucach, wstrzykiwałem dwa razy dziennie z początku po 10 potem po 20, a w końcu leczenia znowu po 10 jednostek insuliny i uzyskałem po 6 tygodniach nietylko znaczną poprawę stanu ogólnego — chory przybrał na wadze około 7 kg — ale także wyraźne zwolnienie sprawy gruźliczej. Chorego tego widziałem znowu po roku i byłem zdziwiony stosunkowo korzystnym stanem płuc i cukrzycy; w ciągu roku był chory jeszcze dwukrotnie insulinowany po 4—6 tygodni.

Drugi cukrzycowy ze zmianami gruźliczemi w obu szczytach płucnych, nie chciał się bezwzględnie zgodzić na zastrzyki insuliny, a ponieważ w czasie pobytu w Krynicy coraz więcej kaszlał i miewał podniesioną ciepłotę ciała jakoteż męczące poty nocne, poleciłem wyjazd do lecznicy w Worochcie (chory mieszkał stale w Stanisławowie). Jak się później dowiedziałem od syna chorego, ojciec jego nadal nie pozwolił się insulinować i po trzech miesiącach zmarł spowodu szybko postępującej gruźlicy.

Do grupy cukrzyc, w których insulina jest bezwzględnie wskazana, należy nadto cukrzyca dzieci i osób młodych, o ile ona w tych przypadkach przebiega zwykle dość złośliwie. Stanowiły też one w okresie przedinsulinowym przypadki co do rokowania najgorsze, których los jednak dzięki insulinie tak bardzo się poprawił. Profesor Pirquet i jego asystenci dr. Riesel i dr. Wagner stwierdzili na dużym materjale klinicznym, że mało jest przypadków cukrzycy u dzieci, w których można się obejść choćby przez krótki czas bez insuliny, albowiem szybko przychodzi do ketonurji; nadto wykazali, że przy pomocy insuliny można dzieci takie długie lata utrzymać w zupełnem zdrowiu, rozwój ich odbywa się prawidłowo tak pod względem fizycznym jak i umysłowym, a także różne choroby wieku dziecięcego przebiegają u nich pomyślnie. Dawki insuliny tu stosowane zależą od stopnia cukrzycy i ogólnego stanu odżywienia dziecka, zwykle jednak są one mniejsze aniżeli u dorosłych, albowiem dzieci okazują większą skłonność do hipoglikemji. W szczególności pierwsze dawki próbne powinny być małe (2 razy dziennie po 5 do 10 jednostek), a przy ustaleniu ich należy koniecznie poznać dzienne wahania poziomu cukru we krwi, zdarza się bowiem nierzadko, że mocz nie zawiera cukru lub tylko minimalne ilości a poziom cukru we krwi może być znacznie podniesiony. Najwyższy jest on zwykle rano — w ciągu dnia się obniża — a przez noc znowu się podnosi. Dlatego wstrzykując insulinę dwa razy dziennie, najlepiej większą dawkę rano a mniejszą wieczorem przed wieczerzą, i to na kilka godzin przed snem dziecka, ze względu na możliwość wystąpienia hipoglikemji podczas snu. Szczególnie baczną uwagę zwrócić należy na dzieci z cukrzycą w okresie pokwitania i najsilniejszego ich rozwoju (między 13—20 r. życia), w którym to okresie równomiernie z potrzebą obfitszego odżywienia ustroju okaże się konieczność zwiększenia dawki insuliny, celem uniknięcia niepożądanych i groźnych nawet zaburzeń w cukrowej przemianie materji.

Od lat mam w opiece chłopca — obecnie 16 letniego — który od 6 roku życia, a więc już 10 lat, dostaje bez przerwy insulinę 2—3 razy dziennie spowodu cukrzycy. Podczas gdy w pierwszych latach wystarczyło 20—30 jednostek dziennie, wstrzykuje się mu od 2 lat stopniowo coraz więcej, obecnie 3 razy dziennie po 20 jednostek przy pełnokalorycznem odżywianiu. Od tego czasu chłopiec, przedtem wątły, rozwinął się fizycznie (waży 52 kg), jest silny i uczy się bardzo dobrze. Przed rokiem przeszedł odrę pomyślnie, mimo stosunkowo wysokiej gorączki, lekko, bez powikłań. Prób znaczniejszego zmniejszenia dawek insuliny zaniechano, albowiem zaraz występuje aceton i ogólne osłabienie aż do stanów omdlenia. Nie jest jednak wykluczone, że po ukończeniu okresu obecnego silnego rozwoju ustroju, kiedy zapotrzebowanie składników pożywienia będzie mniejsze i bardziej równomierne, uda się ograniczyć dawki insuliny bez szkodliwych następstw.

Poza powyżej omówionemi wskazaniami bezwzględnemi, są zapatrywania co do stosowania insuliny w przebiegu cukrzycy — jak to na początku wspomniałem różne, od najswobodniejszych, według których insulinować należy każdego cukrzycowego, do najbardziej skrajnych, według których insulinę stosować można tylko w bardzo ciężkich przypadkach.

Zwolennicy grupy swobodnego stosowania z profesorem Staubem, Umbertem, Bensleyem na czele wychodzą z więcej teoretycznego założenia, że jeżeli cukrzyca jest następstwem niedomogi wysepek Langerhansa trzustki, bez różnicy czy ona jest względna (wpływ nerwów, albo zaburzenia czynnościowe niektórych gruczołów dokrewnych), czy bezwzględna, to w każdym razie chodzi o pewien brak insuliny wytwarzanej w stanie prawidłowym przez trzustkę, który to brak należy zastąpić insuliną wprowadzoną do ustroju drogą zastrzyków. Ponieważ zaś nie możemy z całą pewnością odróżnić niedomogi względnej od bezwzględnej i ustaliło się przekonanie, że prawie we wszystkich przypadkach cukrzycy trzustka jest mniej wartościowa i mało wytrzymała, można przyjąć, że u wszystkich cukrzycowych zachodzi mniejsza czy większa niedomoga jej narządu wysepkowego. Poprawę tej niedomogi osiągnąć można, jak w osłabieniach innych narządów, przez oszczędzenie im pracy — a więc w danym wypadku przez odpoczynek niedomagających wysepek — tak, aby one wypoczywając, mogły się wzmocnić. Zwolennicy tej grupy zapatrywań przyznają wprawdzie, że leczeniem dietetycznem można w lekkich przypadkach cukrzycy także korzystnie wpłynąć na poprawę względnie wzmocnienie czynności wysepek Langerhansa, sądzą jednak, że wpływ ten będzie tem silniejszy, jeżeli równocześnie zastosuje się insulinę i wykazali, że przyswajalność na węglowodany osiągnięta przy takiem połączonem leczeniu dietetyczno-insulinowem nietylko się zwiększa ale także trwa dłużej. Bensley wykazał nadto, że te dobre wyniki odnieść należy poczęści także do odnowy samej tkanki wysepkowej, która tem pewnej i szybciej wystąpi, im wcześniej takie połączone leczenie zastosujemy. Teoretycznie biorąc możnaby zwolennikom tej grupy zapatrywań przyznać do pewnego stopnia słuszność, gdyby rozumowanie ich nie zawierało braków.

I tak przyjmując bez wątpienia możliwość czynnościowego wzmocnienia narządu wysepkowego przez odpowiednio zastosowany jego wypoczynek, sprawa odnowy tkankowej w pojęciu

Bensleya nie została dotychczas przez innych badaczy stwierdzona. Ponadto insulina wstrzyknięta do ustroju nie stwarza idealnego stanu prawidłowego. Ona może wprawdzie wyrównać do pewnego stopnia bilansowo niedobór insuliny wytwarzanej w ustroju w niedostatecznej ilości, ale nie może przedewszystkiem wpłynąć na jej patologiczne rozmieszczenie w tkankach i narządach, które często odgrywa ważną rolę. Nadto jest działanie wstrzykniętej insuliny tylko przejściowe, znika ono po kilku godzinach; nie możemy również doprowadzić ustrojowi insulinę równomiernie, jak to czyni zdrowa trzustka, a tem mniej nie możemy doprowadzić jej w ten sposób, aby przypływ ten dostosowany był w każdej chwili do danych potrzeb ustroju. Zwykle wstrzykujemy insulinę pół godziny przed jedzeniem; przyswajanie przyjętych pokarmów powoduje wprawdzie zawsze pewną hiperglikemję pokarmową, która wpływa na wytwarzanie i wydzielanie insuliny z trzustki, ale okres trwania przyswajania zależy od różnych czynników (jakość potraw, stan narządów i in.). Toteż wchłanianie węglowodanów nie odbywa się zawsze jednolicie i dlatego nie można zapobiec, aby wstrzykniętej insuliny nie było w danej chwili niepotrzebnie za dużo, a potem może za mało, co zmusi trzustkę do uzupełnienia tego braku swoją czynnością tak, że wypoczynek jej stanie się wątpliwy.

Widzimy więc, że doprowadzenie insuliny do ustroju, zzewnątrz nie może nigdy naśladować czynności zdrowej trzustki, która zawsze tylko wtedy i tylko tyle insuliny wytwarza, kiedy i ile ustrój w danej chwili potrzebuje. Podczas gdy zatem ustrój zdrowy sam czuwa nad wytwarzaniem insuliny — zależnie od przyjmowanych pokarmów, szczególnie węglowodanów — to u cukrzycowych musimy dla wyzyskania działania insuliny w niedostatecznej ilości wytworzonej przez trzustkę, czy wstrzykniętej — uregulować odżywianie. Z tego właśnie powodu odgrywa zastosowanie odpowiedniego odżywiania u cukrzycowych tak ważne znaczenie. Skoro zaś przyswajalność na węglowodany w lekkich przypadkach cukrzycy zwykle nie przeszkadza doprowadzeniu ustrojowi potrzebnej ilości pożywienia, bez narażenia trzustki na nadmierny wysiłek, to zastępcze stosowanie insuliny u takich cukrzycowych jest conajmniej zbędne, a samo leczenie dietetyczne zupełnie wystarczające.

Przechodzę teraz do omówienia zapatrywania zwolenników tej skrajnej grupy, którzy insulinę uważają jako środek nadający się tylko do leczenia objawowego a zastosowanie jej chcieliby ograniczyć do najcięższych przypadków cukrzycy, w których acetonurja i śpiączka występują jako objawy końcowe tej choroby.

W rozmowie na ten temat powiedział mi niedawno jeden z kolegów mający rozległą praktykę internistyczną, że jego zdaniem jest insulina niebezpieczną trucizną, której należy się ile możności wystrzegać i stosować chyba tylko w ostateczności dla działania objawowego *(coma)*. Zwolenników tego zapatrywania jest na szczęście coraz mniej, gdyż nie można przy dzisiejszym stanie nauki o działaniu gruczołów dokrewnych uważać insulinę jak środek narkotyczny o działaniu tylko objawowem, lecz musimy jej jako środkowi zastępczemu przyznać wybitne znaczenie w zaburzeniach cukrowej przemiany materji wogóle. Wystarczy przeglądnąć statystyki długości życia i przyczyny zgonów cukrzycowych z okresu przed i po wprowadzeniu insuliny do lecznictwa cukrzycy, aby się przekonać, że hormonalny ten przetwór zastosowany w odpowiednich przypadkach, w odpowiednim czasie i odpowiedniej ilości daje nam możność w połączeniu z odpowiedniem odżywianiem, utrzymać cukrzycowych przez bardzo długie lata prawie że w zupełnem zdrowiu. Profesor Jaksch twierdzi nawet, że dzięki insulinie cukrzyca w przeważającej ilości przypadków nie jest właściwie chorobą, ale raczej nieprzyjemnością czy niewygodą. Musimy więc dla insuliny uznać także wskazania przyczynowe i byłoby wprost błędem w sztuce lekarskiej, gdybyśmy np. wychudzonych cukrzycowych ze stałą glikozurją i hiperglikemją uporczywie leczyli tylko dietetycznie i dla zasady czekali z zastosowaniem insuliny na czas, gdy wystąpią groźne objawy i kiedy pomoc ta może już być spóźniona. Amerykańskie statystyki kliniczne (Joslin i in.) wykazują na dużym materjale, że nawet w przypadkach, w których trzustka znajduje się już w ostatnim okresie swego dokrewnego działania, udaje się nieraz przy użyciu większych dawek insuliny utrzymać chorego we względnie dobrym stanie, a nawet uzyskać tak znaczne zwiększenie przyswajalności na węglowodany, że można stopniowo zmniejszać dawki insuliny, bez szkody dla uzyskanej poprawy.

Wkońcu przechodzę do omówienia stosowania insuliny u tych cukrzycowych, którzy znajdują się między wyżej określonemi skrajnemi grupami przypadków najlżejszych i najcięższych.

Doświadczenie uczy, że rzadko tylko zdarza się, aby lekka postać cukrzycy pozostała nią do końca życia odnośnych chorych. Z biegiem lat bowiem zużywają się ostatecznie wszystkie narządy, tem bardziej więc mniej wartościowa trzustka cukrzycowych i wcześniej albo później występują objawy, przemawiające za pogorszeniem dotychczasowego stanu cukrowej przemiany materji. Dlatego każdy cukrzycowy powinien znajdować się pod stałą opieką lekarza, któryby miał sposobność okresowego badania jego moczu i krwi na zawartość cukru. Takie okresowe badania są tem bardziej ważne, o ile że pogorszenia cukrzycy występują nierzadko skrycie bez świadomości chorego, który zgłasza się do lekarza zwykle dopiero wtedy, gdy objawy pogorszenia stają się dla niego widoczne. Przy takiem okresowem badaniu stwierdzimy nieraz nieznaczną tylko glikozurję, a stosunkowo wysoki poziom cukru we krwi, jak to się np. zdarza u starszych cukrzycowych ze wzmożonem ciśnieniem, albo stwierdzimy postępujące zmniejszenie przyswajalności na węglowodany, uchodzące uwagi chorych. Stwierdzenie zaś pogorszenia zmusi nas równocześnie do zmiany dotychczasowego leczenia. Zapewne i wtedy znajdą się przypadki, które pod wpływem ściślejszej diety, oszczędzającej osłabioną z biegiem czasu trzustkę, ulegną poprawie, ale ostatecznie czynnościowa jej zdolność ma swoje granice, dla utrzymania których leczenie dietetyczne prędzej albo później okaże się niewystarczające. *Utrzymanie tej zdolności przez jaknajdłuższy czas przez wzmocnienie narządu wysepkowego trzustki i równoczesne ulżenie krępujących i na długą metę męczących przepisów dietetycznych, uzyskać można przy pomocy dłuższy lub krótszy czas stosowanej insuliny* tak, że nawet w przypadkach znacznego pogorszenia jesteśmy w stanie postępowanie jej zwolnić i odwlec końcowe objawy cukrzycy przez długie lata. *Takie swobodniejsze stosowanie insuliny* napotyka jednak nieraz na trudności spowodowane pewnem uprzedzeniem lekarzy i chorych do insuliny, polegającem na nieuzasadnionem zapatrywaniu, że cukrzycowy łatwo do niej się przyzwyczaja, że wskutek tego raz rozpoczęte insulinowanie musi się już prowadzić do końca życia danego cukrzycowego i że insulina to ostatni nabój w walce z cukrzycą. Z temi zapatrywaniami należy koniecznie zerwać, jeżeli insulina ma istotnie spełnić swe zadanie. Zasadniczo nie istnieje przyzwyczajenie się do insuliny w tem znaczeniu jak np. do morfiny czy nikotyny, bo to są trucizny obce ustrojowi, a insulina jest zastępczym środkiem wkrewnym, który zdrowy ustrój sam wytwarza w dostatecznej ilości, a którego niedobór wywołuje właśnie mniejsze czy większe zaburzenia w cukrowej przemianie materji. Celem usunięcia tych zaburzeń staramy się właśnie do niedoboru insulinowego dostosować dobór pokarmów względnie obok odpowiedniego odżywiania, uzupełnić ten niedobór insuliną wprowadzoną zzewnątrz, stosując ją zależnie od wielkości niedoboru i jego następstw jednorazowo, przez czas krótszy lub dłuższy, względnie okresowo, lub nawet stale.

Dawkowanie insuliny zależy tu od stopnia pogorszenia cukrzycy, od ilości i jakości pożywienia, jakie chcemy przepisać, i od oddziaływania danego cukrzycowego na insulinę. Zasadniczo należy ją wstrzykiwać w takiej ilości, aby usunąć wszelkie objawy cukrzycy bez wywołania przeinsulinowania ustroju (hipoglikemja), co szczególnie wymaga pewnej ostrożności przy pierwszych dawkach próbnych. Starano się odnośny stosunek ustalić cyfrowo. I tak uczeni amerykańscy obliczyli, że jedna jednostka insuliny odpowiada w lekkich przypadkach cukrzycy 6 gramom, w średnio ciężkich przypadkach tylko 2 gramom cukru; prof. Falta wykazał, że w średnio ciężkich przypadkach jedna jednostka insuliny wystarcza przeciętnie na zwiększenie zużycia $1^{1}/_{2}$ do 2 gramów cukru a prof. Staub radzi pierwszą dawkę obliczyć w ten sposób, aby na jedną jednostkę insuliny wypadło większe zużycie 3—4 gramów cukru, czyli, aby cukrzycowemu, który np. przy pewnym doborze pokarmów wydzieli moczem 30—40 gramów cukru na dobę, wstrzyknąć jako pierwszą dawkę dzienną 10 jednostek insuliny, a następne dawki uzależnić od wyniku działania pierwszej dawki próbnej. Wszystkie te obliczenia mogą wprawdzie mieć pewne znaczenie teoretyczne, ale celu praktycznego nie mają i często zawodzą, choćby z tego powodu, że insulinę zużywa wprawdzie przeważnie przyswajanie węglowodanów, ale do pewnego stopnia także przemiana białkowa i tłuszczowa. Dlatego należy raczej postępować osobniczo w zastosowaniu do danego chorego, przyczem lepiej jest ustalić pierwszą dawkę próbną w ilości mniejszej np. 10—15 jednostek, zmieniając ją w dawkach następnych zależnie od wyniku badania krwi i moczu. Zaprzestanie insulinowania ma się odbywać stopniowo przez zmniejszanie dawek dziennych — przy równoczesnem badaniu krwi i moczu na zawartość cukru i ciał ketonowych. Ważne znaczenie dla właściwego dawkowania i najkorzystniejszego wyzyskania działania insuliny ma podział dawki dziennej na dwie lub nawet trzy części, szczególnie jeżeli dla osiągnięcia aglikozurji okażą się konieczne większe jej ilości. Pojedyńcze dawki nie mu-

szą być sobie równe, przyczem większą należy podawać przed pożywieniem zawierającem więcej węglowodanów — a każdą zawsze 20—30 minut przed jedzeniem. Najczęściej okaże się potrzeba wstrzyknięcia pierwszej dawki dziennej przed śniadaniem, albowiem chory chce wtedy zjeść pewną ilość węglowodanów a poziom cukru we krwi jest zwykle rano najwyższy. Zaznaczam jednak, *że nawet w okresie insulinowania nie można zaniedbać odpowiedniego odżywiania,* ale w każdym razie pancerz dietetyczny można wówczas znacznie zwolnić, bardzo czasem długie okresy ścisłej diety skrócić, i często ograniczyć do pojedyńczych dni. *W przypadkach więc pogorszenia cukrzycy, w których wrażliwość na węglowodany stale się zmniejsza a poziom cukru we krwi okazuje skłonność do podnoszenia się, szczególnie u cukrzycowych już niemłodych ze skłonnością do nadmiernego ciśnienia, u których stosowanie kilkudniowej ścisłej diety ma skutek tylko przemijający, a stosowanie jej przez czas dłuższy wpływa ujemnie na stan ogólny, tam raz lub dwa razy rocznie przeprowadzone kilkutygodniowe insulinowanie jest wskazane.*

Doświadczenie wykazało, że pod wpływem 4—6 tygodniowego takiego zespolonego leczenia dietą i insuliną znikają zwykle szybko wszelkie objawy pogorszenia cukrzycy i występuje wyraźne zwiększenie przyswajalności na węglowodany, utrzymujące się jeszcze długi czas po zaprzestaniu insulinowania. Takie okresowe leczenie — raz lub dwa razy rocznie — *zastosowane więc nie tyle z konieczności objawowej ile dla wzmocnienia osłabionej trzustki* powodującej pogorszenie cukrzycy, wywołuje także znaczną poprawę stanu ogólnego, przyczem ważny jest i ten czynnik, że chorzy wypocząwszy przez okres insulinowania po tak przykrych i krępujących jednostajnych i ścisłych dietach nabierają otuchy do życia i chętnie poddają się, o ile znowu zajdzie potrzeba — ponownym przepisom ograniczającym dietę, w oczekiwaniu następnego okresu insulinowania, w którym wolno im będzie jadać bardziej swobodnie.

Ważną jest tu wkońcu ta okoliczność, że w powyższy sposób okresowo wzmacniana trzustka nie tak łatwo podlega szkodliwym urazom i dalszy rozwój cukrzycy samej staje się znacznie powolniejszy.

Mam w leczeniu cukrzycowych, którzy od lat przyjeżdżają co roku do Krynicy celem odbycia 4—6 tygodniowego leczenia zdrojowo-kąpielowego, przyczem przez cały ten czas otrzymują 2 razy dziennie insulinę. Już z takiego „sezonowego" leczenia wynika, że przeważnie nie chodzi tu o insulinowanie z konieczności objawowej, lecz o zadziałanie na trzustkę w kierunku jej sprawniejszej czynności. Istotnie u wszystkich chorych uzyskuję znaczną poprawę stanu ogólnego — tak fizycznego jak i psychicznego — a nadto i przyswajalności na węglowodany, utrzymującej się po powrocie ich do domu, jak to odnośni chorzy sami stwierdzają, przez długi czas — tak, że mimo dość swobodnej diety nie wydzielają zupełnie cukru lub tylko nieznaczne ilości i bez szkody dla zdrowia mogą przeczekać 10—11 miesięcy aż do następnego insulinowego leczenia. Chorym, u których pogorszenie szybciej występuje — szczególnie z widoczną szkodą dla stanu ogólnego — polecam 4—6 tygodniowe insulinowanie co 6 miesięcy.

Widując tych samych cukrzycowych leczonych w powyższy sposób co roku, mam sposobność przekonania się, jak łatwo ich zupełnie odcukrzyć i jak szybko występuje u nich ogólna poprawa, szczególnie przyswajalności na węglowodany, mimo że niektórzy z tych chorych w ciągu roku przeszli różne choroby a nawet ciężkie operacje.

Toteż omówiony wyżej sposób okresowego leczenia insuliną cukrzycowych, okazujących wyraźne objawy pogorszenia, o których wyżej była mowa, powinna znaleźć szersze — aniżeli dotychczas — zastosowanie, przez co nietylko przyczynimy się do łatwiejszego zniesienia długie lata trwającego cierpienia, ale nadto i do jaknajdalszego odwleczenia jego nieuniknionych objawów końcowych.

HIGJENA I WYCHOWANIE FIZYCZNE.

Doc. Dr. Wł. DYBOWSKI. Warszawa.

Sprawność fizyczna w pojęciu lekarzy angielskich.

Dzięki wglądowi w pracę angielskiego Centrum dla Badań Lotniczo-Lekarskich oraz uprzejmości kolegi ppłk. lek. Dra H. A. Threadgolda, który umożliwił mi zapoznanie się z materjałem nigdzie niepublikowanym, mogę przedstawić znacznie odmienny od naszego punkt widzenia lekarzy angielskich na pojęcie sprawności fizycznej.

Sprawnością fizyczną możemy nazwać stan, w którym rozmaite narządy organiczne, jak np. narząd krążenia, nerwowy i oddechowy są *nietylko pierwotnie zdrowe (nienaruszone), ale też tak skoordynowane, że pracują w zupełnej harmonji nietylko w zwykłych warunkach, ale także w warunkach długiego i dużego wysiłku umysłowego czy fizycznego.* Stan taki winien być połączony *z większą odpornością* przeciw zakażeniom oraz *z szybszem tempem ozdrowienia* po chorobie niż normalnie. Druga część tej definicji jest równie ważną, jak pierwsza. Zbyt często pojmowaną jest sprawność fizyczna li tylko jako zdolność do wysokiego wysiłku fizycznego; zapomina się o tem, że często t. zw. „słabeusz" wychodzi zwycięsko z ataku ostrej choroby zakaźnej, której ulega pełno-krwisty silny atleta.

Użycie określenia *„zdrowa konstytucja"* dla tej drugiej składowej części sprawności fizycznej jest bardzo szczęśliwem, gdyż *podkreśla nietylko posiadanie dobrego odczynu* na zakażenia, ale też *zwraca uwagę na ważną rolę dziedziczności* w tej kwestji.

Osobnik sprawny fizycznie musi posiadać „zdrową konstytucję". Czynniki takie jak wpływ rodziców, środowiska oraz życia szkolnego oddziaływują wszystkie na kształtowanie się osobnika. Nie mogą one jednak zrównoważyć wrodzonej tendencji do załamania się pod wpływem intensywnego lub przedłużonego wysiłku fizycznego czy psychicznego, taksamo, jak nie zrównoważą nieszczęśliwej tendencji do zapadania na choroby zakaźne częściej i z ostrzejszym przebiegiem, niż normalnie.

Na skutek powyższych rozważań kładą lekarze angielscy duży nacisk na prowadzenie wywiadu w kierunku wywiedzenia się o zdolności danego osobnika do wysiłku, o przebytych chorobach dziecięcych, przebiegu ich i ozdrowienia po nich oraz o braku ujemnych cech familijnych dziedzicznych.

Za najwyższy typ należy uważać osobnika, posiadającego nietylko nadzwyczajne zdolności umysłowe, ale też wysoki stopień sprawności fizycznej i silną równowagę nerwową.

Przy ocenie osobnika i sposobu jego odczynu na rozmaite stopnie wysiłku fizycznego możemy znaleźć dużo wskazówek w jego działalności sportowej (w angielskiem atletycznej). Jeśli dwaj osobnicy o podobnej budowie i stanie fizycznym oddają się z zapałem, jeden szachom, drugi *football'owi Rugby,* to nie będziemy mieli żadnych wątpliwości co do sposobu ich reagowania na wysiłek. Rozpatrując dalej wywiad z *football'istą,* otrzymamy również cenne informacje. Członek ataku musi mieć dobrą wagę i wytrzymałość, ale pozycja ta nie wskazuje na konieczność szybkich odczynów psychomotorycznych, inicjatywy, czy dobrej ocznej kontroli ruchowej w przeciwieństwie do obrony, czy pomocy. Dobry obrońca musi posiadać wysoki stopień równowagi nerwowej, by wytrzymać długie okresy bezczynności i wyczekiwania na krytyczny moment.

Wioślarz, czy biegacz długodystansowy są często osobnikami, którzy spowodu błędów ocznych, nie mogli podołać zadaniu w szybkich grach piłkowych. Powodzenie w obu gałęziach wymaga wysokiego stopnia wrodzonej sprawności fizycznej. Z punktu widzenia indywidualnego są to gałęzie sportu zupełnie różne, gdyż biegacz długodystansowy jest osobnikiem zupełnie samowystarczalnym i samodzielnym, podczas gdy wioślarz (poza tym, który nadaje tempo całej osadzie — *stroke)* jest tylko członkiem załogi, wykonywującym bardzo ciężkie, lecz zupełnie ściśle określone zadanie bez potrzeby wykazywania jakiejkolwiek inicjatywy.

Poza temi punktami należy zwrócić jeszcze uwagę na sposób i czas oddziaływania badanego osobnika na infekcje, którym ulegał. Zwłaszcza szybkość ozdrowienia daje wskazówki co do stopnia *homeostasis,* zdefinjowanej, jako zdolności utrzymywania równowagi ustroju w czasie zakażenia i po zakażeniu.

Przy omawianiu częstych w Anglji zranień głowy przy uprawianiu motorowych gałęzi sportu, radzą koledzy angielscy zwracać uwagę na powtarzające się urazy głowy. Zdarzają się wypadki powtarzanych wielokrotnie zemdleń przy piłce nożnej *rugby* i w boksie *(knock-out).* Skutki następnych urazów głowy bywają wtedy niespodziewanie silne. W boksie znane jest pojęcie „szklanej szczęki", która sama nie jest uszkodzoną i zmienioną, mimo tego lekkie nawet uderzenia w nią powodują *„knock-out".*

Specjalną uwagę poświęcają Anglicy wywiadowi o słabem lub przemęczonem sercu w okresie szkolnym, powodującem powstrzymanie się od gier szkolnych w ciągu paru miesięcy. Badanie wewnętrzne, nawet posługujące się ortodiagrafją i elektrokardjografem, nie wykazuje żadnych oznak chorobowych. Niektóre z tych przypadków mogą być czystym wypadkiem lekkiego bezpośredniego przemęczenia serca; będą to zwłaszcza wypadki, następujące po okresie gwałtownego wzrostu podczas rozwoju płciowego u chłopców z zapałem uprawiających ćwiczenia atletyczne. Inne będą tylko przykładami czystej tachykardji spowodowanej brakiem należytej regulacji narządu krążenia, tak częstym w tym wieku. Jeśli jednak mamy do czynienia ze stwier-

dzonem w danym okresie zmniejszonej sprawności rozszerzeniem serca, to najprawdopodobniejszem jest przypuszczenie, że większość tych wypadków jest spowodowana następstwami chorób zakaźnych, atakujących mięsień sercowy przez ogólną toksemję; ćwiczenia atletyczne zostały wznowione zbyt szybko jeszcze przed zupełnem wyzdrowieniem.

Przy rozpatrywaniu *curriculum vitae* dużą wagę należy przykładać nietylko do zdobytego stopnia wykształcenia, ale także do objawianych dotąd zamiłowań sportowych, do osiągniętych na tem polu sukcesów, do nałogów palenia czy picia, oraz do zamiłowań specjalnych *(hobbies)*.

Już wspomniana wartość uprawiania atletycznych gałęzi sportu zasługuje jeszcze na podkreślenie w dwóch punktach. Sam fakt uprawiania rozmaitych gier sportowych nie ma wielkiego znaczenia, tem większe ma zdobycie kolorów domu czy szkoły w jednej z bardziej znanych szkół angielskich. Jeśli ma to miejsce w gałęziach, wymagających bardzo wielkiej wytrzymałości jak pierwszej klasy biegi na przełaj, polo wodne czy wiosłowanie na ósemkach wyścigowych, to w takim razie możemy z dużem prawdopodobieństwem przypuszczać, że osobnik taki posiada bardzo wysoki stopień sprawności fizycznej. Rzadko tylko można spotkać atletów, wybijających się w tych gałęziach sportu, którzyby nie wykazywali wyraźnej skłonności do fizjologicznej bradykardji i niskiego ciśnienia tętna. Dwie te cechy są prawdopodobnie najważniejszą podstawą sprawności fizycznej we wczesnych latach dojrzałego życia.

SPRAWOZDANIA I KORESPONDENCJE.

Dr. Alfred JANIK. Iwonicz.

Ze sprawozdania lekarskiego za r. 1933 Sanatorjum Zakładu Ubezpieczenia na Wypadek Choroby.

Upływa trzeci rok sprawozdawczy. Sanatorjum otwarte w czasie wzmagającego się kryzysu gospodarczego wytrzymało ciężki 3-letni okres próbny. Okres ten jakkolwiek w dużej części poświęcony organizacji Zakładu, stał się równocześnie okresem jego wielkiej popularności w całej Polsce, czego wyrazem jest tak olbrzymia ilość zgłoszeń w letnim sezonie 1933 r., że 800 chorym musieliśmy z braku miejsca odmówić przyjęcia. Niestety nie zdołaliśmy jeszcze doprowadzić do równomiernego obsadzenia miejsc w ciągu całego roku; ale i pod tym względem zaznacza się pewna poprawa, jak to widać na załączonym wykresie.

W roku sprawozdawczym w miejsce kąpieli borowinowych stosowaliśmy wyłącznie owijania borowinowe, które okazały się pod względem leczniczym bardziej wartościowe dzięki możności utrzymania wyższej ciepłoty i łatwości dostępu do wszystkich części tułowia; zabieg ten mniej obciąża system naczyniowy, a jego koszta wykonania kalkulują się taniej niż kąpiele borowinowe.

Również prawo obywatelstwa uzyskały w Zakładzie półnaturalne kąpiele kwasowęglowe (kwas dodany do tut. wody mineralnej powoduje stopniowe i powolne wydzielanie się bezwodnika). Kąpiele te w działaniu zbliżają się do naturalnych, a przewyższają impregnowane względnie sztuczne.

Spośród licznych zabiegów fizykalnych wymienimy bardziej nowoczesne a mianowicie jonoforezę ortopedyczną, ginekologiczną, uszną i oczną, diatermo-jonoforezę i diatermogalwanizację własnego pomysłu, wreszcie borowino-galwanizację będącą typem zabiegu o równoczesnem działaniu cieplnem i elektrycznem; daje ona dobre wyniki w niektórych ciężkich przypadkach rwy kulszowej; natężenie prądu galwanicznego dochodzi w tym zabiegu do 200 — 300 mA, temperatura borowiny do 50°.

Sprawa dietetyki jest stałym przedmiotem naszych badań. Po próbnym 2-letnim okresie stosowania 12 rodzajów diet, przeszliśmy do opracowania i praktycznego wykorzystania 5 zasadniczych diet (oprócz cukrzycowej), które są tak ujęte, że przez wzajemne połączenia lub dodatki dają możność nieco szerszego stosowania leczenia dietetycznego; przekonaliśmy się, że zbytnie różnicowanie diet w dużym zakładzie nie jest praktyczne. Wypowiadamy się również przeciw żywieniu wybiórczemu, tak ze względów administracyjnych jak lekarskich.

Jak wynika z załączonego zestawienia, wykonano w oddziale fizykalnym 55 tysięcy zabiegów leczniczych. Przeciętnie wypada 1 zabieg fizykalny na 1 osobodzień leczenia.

Leczenie poszczególnych chorych przeprowadziliśmy indywidualnie; unikaliśmy mechanizacji zabiegów, jedynie sposób wykonania owijań borowinowych był częściowo zmechanizowany.

Przewlekłe schorzenia gośćcowe leczymy nadal głównie zapomocą czynnika termicznego i masażu (terapja odruchowa). W ciężkich przypadkach chętnie dołączamy czynnik elektryczny w postaci podłużnej i poprzecznej galwanizacji, jonoforezy, diatermo-galwanizacji, kataforezy, kąpieli 4-komorowej, który to czynnik przyczynia się do poprawy ruchomości stawów i zmniejszenia bólów. Daje się to zauważyć w postępującem zesztywnieniu kręgosłupa, ciężkich stanach pourazowych kręgosłupa, schorzeniach ginekologicznych ze znacznemi dolegliwościami w krzyżach i t. d.

W przypadkach pierwotnego gośćca zwracamy naszą uwagę na przewód pokarmowy, stojąc na stanowisku, że wiele z nich jest pochodzenia toksycznego; toteż chętnie stosujemy sól morszyńską, obfite przepłókiwania jelitowe i t. p.

Przekonaliśmy się na podstawie dużego materjału chorych, że rozpoznawane przez kolegów pierwotne zapalenie stawów przy bliższej obserwacji nierzadko okazuje się zwykłem zapaleniem zakaźnem; tyczy to zwykle młodych kobiet, które przebyły stan zapalny macicy lub przydatków (rzeżączka).

Przekonaliśmy się również, że schorzenia gośćcowe obok miejscowych stanów pourazowych stanowią najbardziej wdzięczną grupę schorzeń, jeśli chodzi o wyniki lecznicze; uzyskujemy tu największy odsetek poprawy zdolności do pracy w stosunkowo krótkim czasie.

Gruźlica kostno-stawowa nie była i w bieżącym roku sprawozdawczym leczona według przyjętych zasad, ponieważ Kasy Chorych przysyłały chorych na czas zbyt krótki i przeważnie odmawiały przedłużeń pobytu.

Schorzenia serca i naczyń, stanowiące również poważną grupę, były przeważnie typu cięższego: posunięte zmiany miażdżycowe, stany dusznicowate, nadciśnienie, chromanie przystankowe i t. p. Stosowaliśmy zazwyczaj leczenie odpoczynkowe, dietetyczne, a z zabiegów stosowaliśmy najchętniej w tych przypadkach lampę kwarcową w dawce rumieni, diatermję serca, kąpiele mineralne i kwasowęglowe, wreszcie kąpiele Hauffego; w przypadkach o przyczynie kiłowej równoczesne leczenie swoiste.

Ruch chorych.

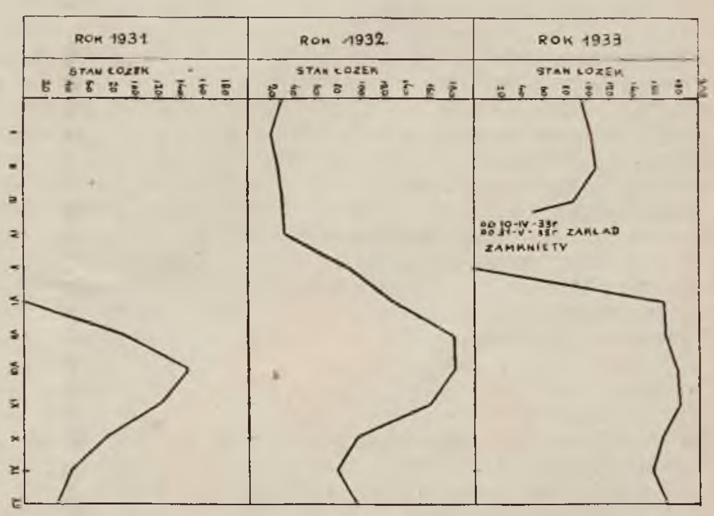
Wspomnieliśmy już, że frekwencja Zakładu z roku na rok wzrasta, a zajęcie łóżek staje się coraz bardziej równomierne w ciągu roku.

Ogólna liczba dni leczenia wynosi 46.819.

Ogólna liczba chorych 1.495.

Szczegółowsze dane tyczące ruchu chorych przedstawiają się następująco:

Przeciętna pobytu jednego chorego utrzymuje się na tej samej wysokości, co w ubiegłym roku (32 dni). Zaledwie 28 chorych przebywało czas krótszy od 14 dni; byli to przeważnie chorzy, których wypisaliśmy z zakładu jako nienadających się do leczenia. Spostrzegamy dwie zmiany na korzyść: po pierwsze Kasy Chorych znacznie rzadziej obecnie przysyłają chorych na czas krótszy niż 28 dni, powtóre kwalifikują chorych do Sanatorium znacznie dokładniej niż poprzednio.



Czasokres leczenia poszczególnych chorób waha się w następujących granicach:

Przewlekły gościec stawowy był leczony średnio 28 dni, przyczem u kobiet średnia była wyższa o kilka dni, ponieważ dość duży odsetek leczyliśmy przez 6 tygodni i dłużej. Tłumaczymy to poważniejszym stanem schorzenia u kobiet, które w całości stanowią większą grupę, niż mężczyźni.

Rodzaj choroby	Ilość chorych razem	męż.	kob.	Dni leczenia: do 14 dni		14—28		28—42		ponad 42		Wynik leczenia: wylecz.		poprawa		bez zmiany		pogorszenie	
				męż.	kob.	męż.	kob.	męż.	kob.	męż.	kob.	męż.	kob.	męż.	kob.	męż.	kob.	męż.	kob.
Gościec stawowy, mięśniowy, nerwowy:																			
a) *polyarthr. chron. rheumat.*	236	108	128	1		68	61	34	55	5	12		1	90	108	17	19	1	
b) *polyarthr. chron. primar.*	9	3	6			2	1	1	5					3	5		1		
c) *arthr. traumatica*	5	5	—			2		3						4		1			
d) *arthr. deformans*	188	75	113		1	39	53	35	57	1	2			67	91	8	21		1
e) *arthr. endocrinologica*	21	1	20			1	14		6					1	18		2		
f) *osteoarthr. neuropat.*	—	—	—																
g) *osteoarthr. statica*	21	11	10	1		6	5	3	5	1				6	10	5			
h) *spondylarthrit. ankylopoet.*	26	20	6			9	3	9	3	2				14	4	6	2		
i) *spondylosis deformans*	23	20	3			7	3	12		1				17	3	3			
j) *rheumat. muscul. chron.*	30	19	11	1		13	6	4	5	1		1		13	10	5	1		
k) neuralgje *(neuritis)*	70	44	26			25	13	16	11	3	2	6		33	21	4	5	1	
Gruźlica kostno-stawowa	95	58	37	2		33	17	16	18	7	2	1	2	46	26	11	8		1
Gruźlica gruczołów chłonnych	38	12	26			7	17	4	7	1	2	1	1	10	21	1	4		
Inne postacie gruźlicy pozapłucnej	12	3	9		1	3	4		3		1			2	6	1	3		
Choroby dróg oddechowych (opr. gruźl.)	32	19	13			9	10	9	3	1		4		10	11	4	2	1	
Choroby serca i naczyń krwionośn.																			
a) organicz. cierpienia serca	59	32	27			20	11	11	9	1	7			24	27	8			
b) nerwica serca	6	3	3			2	3			1				2	3	1			
c) miażdżyca i i.	107	76	31	1	1	40	16	33	14	2				67	29	15	2		
Zaburzenia przemiany materji																			
a) otyłość	23	6	17			5	9	1	8					6	14		3		
b) dna	3	2	1			1		1	1					1	1	1			
c) cukrzyca	11	6	5			3	3	3	2					5	4	1	1		
Schorzenia systemu nerwowego																			
a) psychonerwica i psych.	12	5	7	2		2	4	1	2		1			2	4	3	3		
b) schorz. org. mózgu i rdzenia	47	32	15		1	18	5	13	7	1	2			17	13	14	2	1	
c) schorz. nerwów obwod.	1	—	1				1								1				
Schorzenia przewodu pokarm.	66	25	41	2	1	10	23	11	15	2	2	2	1	20	36	2	3	1	1
Schorzenia kobiece	74	—	74		2		37		30		5		2		58		14		
Różne zmiany kiłowe (też nerwowe)	39	38	1	2		16	1	19		1				22	1	16			
Ogólne stany wyczerpania	110	42	68	1		28	35	12	29	1	4	1	1	38	54	3	13		
Stany pourazowe	61	53	8	1	1	28	1	23	4	1	2			40	8	13			
Inne schorzenia	70	46	24	4	2	24	11	17	8	1	3	1		30	16	12	5	1	1
Razem	1495	764	731	18	10	421	367	291	307	34	47	17	8	586	605	155	114	6	4

	Wiek: do 10 l.		10—20		20—30		30—40		40—50		50—60		ponad 60		Zawód: zawody wolne	urzędnicy	nauczyciele	uczniowie	handlowcy przemysł.	rolnicy	rzemieślnicy	robotnicy	służba	zaj. domowe	inne
	mężczyzn	kobiet	mężczyzn	kobiet	mężczyzn	kobiet	mężczyzn	kobiet	mężczyzn	kobiet	mężczyzn	kobiet	mężczyzn	kobiet											
Gościec stawowy, mięśniowy, nerwowy:																									
a) *polyarthr. chron. rheumat.*			1	2	18	42	37	43	28	23	23	8	1		19	70	7		6	3	29	35	16	46	5
b) *polyarthr. chron. primar.*				1	1	1	2	1		3					1	3							3	2	
c) *arthr. traumatica*					1		1		2		1					1					1	2			1
d) *arthr. deformans*					1	15	23	42	22	36	21	15	8	5	22	76	4		4	1	17	9	2	46	7
e) *arthr. endocrinologica*						4	1	11		4				1	4	8	2							7	
f) *osteoarthr. neuropat.*																									
g) *osteoarthr. statica*					2	3	4	3	2	1	3	3				7			2		2	4		5	1
h) *spondylarthrit. ankylopoet.*					6	1	9	2	4	2	1	1			1	8	1		3		5	3	1	2	2
i) *spondylosis deformans*					1		6		7	1	5		1	2	4	7	1		1		5	3	1		1
j) *rheumat. muscul. chron.*					6	6	11	5	1		1					16	2	1			5	2		4	
k) neuralgje *(neuritis)*						3	20	16	19	7	3		2		8	24		1			7	13	1	11	5
Gruźlica kostno-stawowa			4	8	21	17	25	8	6	3		1	2		6	30	4	7	2		12	15	4	11	4
Gruźlica gruczołów chłonnych	4	3	1	8	2	10	3	4			2	1			4	9	4	13	1		2			2	3
Inne postacie gruźlicy pozapłucnej				2	2	3		3	1			1				6	1	1		1	1			2	
Choroby dróg oddechowych (opr. gruźl.)				6	4	4	4	1	4	1	7	1			4	13		3	2		4	2		2	2
Choroby serca i naczyń krwionośn.																									
a) organicz. cierpienia serca			1	4		6	10	6	10	7	9	4	2		6	26	3	3		3	6		1	9	2
b) nerwica serca						2	2	1	1						2	2								2	
c) miażdżyca i i.					2	4	11	8	22	7	26	5	15	7	12	55	6		3	1	10	2		16	2
Zaburzenia przemiany materji																									
a) otyłość						3	1	3	4	8	1	3			4	8				1	2			8	
b) dna							1				1	1			1	2									
c) cukrzyca									1	3	3	2	2		2	4			1					4	
Schorzenia systemu nerwowego																									
a) psychonerwica i psych.					1		2	4	2	2		1			1	3	2					1		56	
b) schorz. org. mózgu i rdzenia				1	7	7	15	4	6	2	4	1			5	21	1	1	3	2	1	4		4	5
c) schorz. nerwów obwod.								1																1	
Schorzenia przewodu pokarm.				2	2	12	12	20	8	5	1	1	2	1	5	35	5		1	1		1	1	16	1
Schorzenia kobiece						23		42		8		1			2	16	3			1	1		1	50	
Różne zmiany kiłowe (też nerw.)					2	1	11		10		13		2		3	24			5		5	1		1	
Ogólne stany wyczerpania			1	3	13	22	16	29	12	11		3			6	61	3	3	2		5	5	1	24	
Stany pourazowe		1		1	10	5	30		10		3	1			9	20			7		8	10	2	2	3
Inne schorzenia			4	1	11	5	17	14	8	3	4	1	2		9	22	1	3	2	2	8	11	4	6	2
Razem	4	4	12	39	113	199	274	271	190	147	132	55	39	16	140	577	50	36	45	16	136	123	38	288	46

Pierwotny gościec spostrzegany przeważnie u kobiet wymagał leczenia 5—6 tygodniowego.

Dużą grupę stanowi gościec zniekształcający *(arthrosis deformans)* z przewagą u kobiet; czasokres leczenia przekracza 30 dni i to przeważnie u kobiet.

Postępujące zesztywnienie kręgosłupa oraz neuralgje wymagały również nieco dłuższego leczenia.

Całkowita liczba leczonych spowodu gośćca wynosi 629; przewaga kobiet tyczy grup gośćca wielostawowego, pierwotnego, zniekształcającego i pochodzenia dokrewnego.

Czasokres leczenia gruźlicy kostnej nieznacznie się poprawił, zwykle nie przekracza 6 tygodni, jedynie w dwóch przypadkach mogliśmy przeprowadzić racjonalne leczenie przez pół roku.

Z grupy schorzeń serca i naczyń na pierwszy plan wybija się miażdżyca; znowu zauważamy w organicznych chorobach serca konieczność dłuższego leczenia kobiet (6 tygodni i dłużej).

Zgodnie z naszem dążeniem powiększyła się w bieżącym roku liczba schorzeń gośćcowych, serca i naczyń oraz gruźlicy kostnostawowej; natomiast zmniejszył się odsetek schorzeń nerwowych, głównie psychoz nienadających się do leczenia w naszem Sanatorjum.

Oceny wyników leczenia stawialiśmy bardzo uważnie i objektywnie. Naogół w bardzo znacznej części chorych uzyskaliśmy wybitną poprawę. Niemniej jednak opuściło Sanatorjum bez zmiany stanu chorobowego (w pewnej części nastąpiła poprawa później): w schorzeniach serca i naczyń 14%, gośćcu 16%, schorzeniach ginekologicznych 18%, gruźlicy kostno-stawowej i stanach pourazowych po 20%, schorzeniach systemu nerwowego 36%, stanach pokiłowych 40% i t. p.

Ogólnie uzyskaliśmy wyleczenie w 2%, znaczną poprawę w 75%, bez zmiany w 17%, pogorszenie w 6%, przyczem poprawa wybitnie się zaznacza u kobiet, jednak przy nieco dłuższym czasie leczenia niż mężczyzn. Jedynie należy zaznaczyć, że w gośćcu zniekształcającym otrzymaliśmy gorsze wyniki u kobiet, mimo, że przeciętny czas leczenia u nich był dłuższy. W schorzeniach naczyń stosunkowo duży odsetek mężczyzn (20%) nie wykazał poprawy w chwili opuszczenia Zakładu (kobiet 6%). To samo zauważamy w organicznych schorzeniach systemu nerwowego i stanach pourazowych. Ostatnie specjalnie nadają się do leczenia w Sanatorjum ze względu na bogate wyposażenie oddziału fizykalnego. Stosunkowo duży odsetek braku poprawy tłumaczymy ciężkim stanem; głównie chodziło o ciężkie stany pourazowe kręgosłupa.

Z zestawienia chorych według wieku wynika, że u mężczyzn istnieje przesunięcie wieku ku górze, u kobiet odwrotnie. Około 170 mężczyzn było w wieku ponad 50 lat (kobiet 70), mimo że ogólna liczba chorych prawie w połowie wypada na kobiety, a w drugiej na mężczyzn.

Przesunięcie częstości schorzeń ku granicom dolnym wieku wykazuje gruźlica, gościec wielostawowy, stany wyczerpania i stany pourazowe, pozatem gościec wielostawowy stosunkowo równomiernie się rozdziela na wszystkie 10-ciolecia życia, zniekształcający przesuwa się raczej na wyższe, podobnie jak schorzenia serca i naczyń.

Przegląd schorzeń według zawodów wykazuje przewagę stanu urzędniczego. Uderzająco wysokie cyfry widzimy w grupie *arthrosis deformans* wśród urzędników płci żeńskiej. Również gruźlica kostno-stawowa jest często chorobą stanu urzędniczego, podobnie jak u robotników i rzemieślników. Jeszcze większy odsetek urzędników stwierdza się w dziale chorób serca i naczyń (50%).

Rzemieślnicy, robotnicy i służba domowa stosunkowo często cierpią na gościec wielostawowy. Postępujące zesztywnienie kręgosłupa nie wykazuje skłonności do któregoś z zawodów, występuje u urzędników, inwalidów (po urazie), handlowców, robotników a nawet u kobiet z zajęciem domowem.

Schorzenia ginekologiczne dotyczyły przeważnie żon pracowników, a stosunkowo rzadko samych pracowniczek.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

A. KUHN. Lwów.

Reforma studjów lekarskich w Polsce.

Z wielkiem zajęciem czytałem artykuły prof. Dr. Parnasa i Dr. Kozaniewicza w Nr. 5. „Lekarza Polskiego" z 1 maja 1934 r. Twierdzenie prof. Parnasa, że „na studja lekarskie powinno się dopuszczać tylko prawdziwą pod względem intelektualnym i etycznym elitę spomiędzy zgłaszających się" streszcza te moje rozważania, które zajmowały mnie przez długie lata jako komisarza rządowego przy egzaminach lekarskich ścisłych a następnie jako pracownika Izby Lekarskiej Lwowskiej.

Chcę położyć szczególny nacisk na stronę etyczną zagadnienia, która, o ile wiem, dotychczas nie była uwzględniana w dostatecznej mierze. Jakkolwiek zapewne nie znajdę dzisiaj aprobaty u wielu Kolegów, przyznaję się do mniemania, że zawód lekarza ma pewne podobieństwo do zawodu kapłańskiego. Zasadniczą nutą w obu zawodach jest miłość człowieka, która ujawnia się jako zdolność współczucia z cierpiącym, jako zmysł rady, wyrozumiałość i cierpliwość. Dawno już uznano, że dobrym lekarzem może być tylko człowiek dobry — ale dodam jeszcze: człowiek dobrze wychowany, t. j. taki, który wobec chorego i jego otoczenia potrafi zachować potrzebny takt i delikatność, a nigdy nie popadnie w zbytnią swobodę lub fanfaronadę, nigdy nie zapomni o względach winnych choremu bliźniemu. Przymioty takie należą w części do tych, które człowiek przynosi na świat z urodzeniem, w części zaś musi on je posiąść przez odpowiedni kierunek w domu rodzicielskim od najwcześniejszej młodości i przez przykład domu. Oczywiście znaleźć takie właściwości u człowieka, zespolone z walorami intelektu, nie jest łatwo i to właśnie uzasadnia prawo i konieczność bacznej selekcji wśród kandydatów zawodu lekarskiego.

Zapyta może ktoś: cóż daje ta medycyna, która wymaga od człowieka aż doskonałości? Odpowiedź nietrudna. Człowiekowi godnemu wejścia do zawodu daje ona zadowolenie ze spełnienia dobrego uczynku (a przecież zadaniem lekarza jest czynić dobrze), daje poczucie odniesionego zwycięstwa nad chorobą, niewątpliwie bardzo podniosłe, daje miłość i wdzięczność pacjentów. Z tych dobrodziejstw, które wymieniłem, nie można, coprawda żyć — ale i na życie, stosowne do warunków gospodarczych, panujących w danym czasie, dostarczą środków pacjenci lekarzowi, którego szanują jako swojego dobroczyńcę.

Starsi koledzy lwowscy pamiętają Dr. Beisera, który pod swoją szeroką peleryną nosił dla pacjentów nietylko żywność, ale nawet drzewo opałowe — i ten wielki lekarz nigdy nie skarżył się na niedostatek. Ideał ten nie jest osiągalny dla ogółu a nawet dla jakiejś znaczniejszej części lekarzy, ale powinien być drogowskazem dla lekarzy młodych a szczególnie dla adeptów sztuki lekarskiej.

Dzisiaj młodzież nasza bardzo się oddaliła od tego ideału i w interesie chorych a także przyszłości lekarzy należy zawrócić z błędnej drogi. Główne zadanie ciąży tu na Wydziałach lekarskich względnie na Komisjach przyjmujących na studja lekarskie. Nie wierzę, aby znalazły się Komisje, któreby, w dzisiejszych warunkach, mogły być nieomylne w zakresie kwalifikowania kandydatów, choćby tylko w jakimś uwagi godnym procencie. Komisjom tym, które obarcza się wielką odpowiedzialnością, trzeba dostarczyć danych do sprawiedliwych sądów, innemi słowy do wybierania spośród zgłaszającej się młodzieży kandydatów najodpowiedniejszych. Do tego celu mógłby posłużyć, jak sądzę, pewien nowicjat dla młodzieży pragnącej się poświęcić medycynie, w postaci roku próbnego.

Wyobrażam sobie, że przed ostatecznem dopuszczeniem na wydział lekarski kandydaci przebywaliby przez jeden rok w internacie pod ścisłą obserwacją co do swoich właściwości etycznych i co do swoich uzdolnień. W czasie tego roku mogliby się zapoznać z pielęgniarstwem, ewentualnie także z niektóremi przedmiotami teoretycznemi, pozostającemi w związku z nauką medycyny. Kandydaci, uznani po roku próbnym za nienadających się, mogliby obrać inny zawód. Przecie lepiej, aby taki młodzieniec rychło zawrócił z niewłaściwej drogi, aniżeli żeby pracował szereg lat i ostatecznie przekonał się, po niewczasie, że chorzy nie chcą się do niego zgłaszać, bo nie umie ich sobie pozyskać. Oczywiście i w tem „internatowem" postępowaniu zachodzić mogą pomyłki lub protekcje, bo żadne dzieło ludzkie nie może być doskonałe — ale będą one zredukowane do minimum.

Zachodzi pytanie, czy obowiązek odbywania roku próbnego nie odstraszyłby młodzieży od studjów lekarskich. Sądzę, że nie należy się tego obawiać, szczególnie, gdy przyjdą w pomoc nauczyciele liceów, którzy jednostki rokujące nadzieję powodzenia w zawodzie lekarskim zechcą wyławiać i kierować na rok próbny. Zresztą napływ kandydatów zależeć będzie głównie od warunków bytu, jakie się stworzy w przyszłości dla lekarzy.

Inne pytanie uważam za ważniejsze, mianowicie, czy rok próbny nie wpłynie na przedłużenie studjum medycyny, już i tak bardzo długiego. Myślę, że dałoby się temu zapobiec przez przesunięcie niektórych przedmiotów z lat medycyny do roku próbnego, jak np. fizyki, chemji, biologji, może nawet zarysu higieny; byłyby to przedmioty, których znajomość przydaćby się mogła także dla innych studjów (nielekarskich).

Nie jest mi wiadome, czy myśl roku próbnego nie została już podniesiona a może nawet dyskutowana w kołach zajmujących się pracami nad reformą studjów lekarskich. Nie roszcząc sobie wcale pretensji do pierwszeństwa pomysłu, podnoszę myśl na wypadek, gdyby nie pojawiła się dotychczas z innej strony.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Zdrowie Publiczne. Nr. 5. 1934. Wł. Szenajch: Ideologja Szpitala. — M. Michałowicz: Realizacja planow szpitalnych. — C. Głowiński: Nierównomierne rozmieszczenie opieki lekarskiej w Polsce. — M. Skokowska-Rudolfowa: Zwalczanie gruźlicy w Belgji. — M. Kacprzak: Nowe poglądy na Ośrodki Zdrowia. — Al. Mańkowski: Bułgarskie zdrojowisko Hissarja (Hissar Bani).

Lekarz Wojskowy. Nr. 9. 1934. Rose M.: Rwa kulszowa i jej leczenie. — Żurkowski J. i Molka A.: Spostrzeżenia nad wartością szczepień przeciwdurowych. — Waga Fr.: Stan zdrowotny poborowych (ciąg dalszy). — Tuchendler A.: Istota i leczenie zaparcia nawykowego w świetle współczesnych badań naukowych (dokończenie). — Chodźko W.: Lecznictwo w polskich długoterminowych Ubezpieczalniach społecznych (dokończenie).

Medycyna. Nr. 10. 1934. Zd. Szymoński: Framboezja (yaws, pian). — T. Wąsowski: Gazy bojowe a górny odcinek dróg oddechowych. — H. Higier: Przyczynek do sprawy ostrych zaburzeń wzrokowych, towarzyszących chorobom mózgowia i rdzenia. — H. Lewenfisz: Badania kliniczne i doświadczalne nad ciałami obcemi w drogach oddechowych.

Nowiny Lekarskie. Nr. 10. 1934. Cz. Laszczka: O pierwotnej ziarnicy złośliwej jelit. — F. Dłutek i M. Kruszówna: Przypadek skazy krwiotocznej anafilaktoidalnej u chorej z rozpadową gruźlicą płuc. — J. Zienkiewicz: Przyczynek do kazuistyki gruźlicy nerki u dzieci. — K. Madej: Etjologja i terapja brodawki zwykłej (verruca simplex). — J. Englert: Uśpienie narkotylem. — W. Bross i P. Kubikowski: Ocena sprawności trawiennej przewodu pokarmowego po zabiegach operacyjnych zapomocą określania właściwości dynamicznych krwi. U. Mroczkiewiczówna: Wpływ actitranu na poziom fosforu i wapnia we krwi u dzieci krzywiczych. — A. Radzymiński: O rozmieszczeniu bólów głowy i pól przeczulicowych skóry w zapaleniach ostrych i przewlekłych jam bocznych nosa na podstawie przypadków Kliniki Otolaryngologicznej U. P.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 18—19. 1934. X-lecie Warsz. Czasop. Lek. — M. Gantz: Postępy nauki o gruźlicy w ostatniem dziesięcioleciu. — J. Itelson i M. Kocen: O postępach hematologji w ostatniem dziesięcioleciu. — S. Bau-Prussakowa: O tworach chrząstkowych, powodujących ucisk rdzenia lub ogona końskiego. — Z. Szymanowski: Zarazki przesączalne i bakterjofagi. — E. Sedlis: Zagadnienie międzypłciowości w świetle badań biologicznych i klinicznych. — B. Kryński: Ostatnie dziesięć lat rentgenologji. — Z. Srebrny: Konkursy szpitalne. — M. Biehler: Causyth w płonicy. — Z. Szymanowski: Jeszcze o reformie studjów lekarskich. — M. Kacprzak: Ich pamięci.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 20. 1934. Urządzenia pozwalające na stworzenie w odpowiednich zakładach miejskich warunków leczniczych upodobnionych do warunków na wyżynach górskich. (Sprawozdanie z referatu Pana Prezydenta Rz. P. prof. Ignacego Mościckiego).

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 21. 1934.

OCENY.

Die histologische Erfassung der Bösartigkeit von Gewächsen. Max BORST. Blass, S. A. Madrid, 1933.

Wykład prof. Borsta z Monachjum, wygłoszony ubiegłego roku na międzynarodowym zjeździe przeciwrakowym w Madrycie, wydano też drukiem w formie broszurki, obejmującej wraz z podanym na końcu spisem piśmiennictwa 33 strony. Mamy tu doskonale ujęte zakreślenie granic kompetencji anatomopatologa w sprawie orzeczeń decydujących nieraz o przyszłości i życiu chorego: czy dany nowotwór można jeszcze uznać za dobrotliwy, czy też należy go uważać za złośliwy.

Jak każda metoda naukowa, tak też anatomja (histologja) patologiczna ma swoje granice i braki. Z krytycznego przeglądu dotychczasowych spostrzeżeń wynika, że ani naciekowy charakter rozrostu ani zdolność dawania nawrotów nie stanowią jeszcze całkiem pewnych kryterjów złośliwości nowotworów. Również destruktywność wzrostu i właściwość tworzenia przerzutów należałoby dokładniej określić, o ile cechy te mają uchodzić za niezbite oznaki złośliwości guzów. Musi to być destrukcja i tworzenie przerzutów przez agresywne komórki, rosnące autonomicznie (autodestruktywna heterotopja). Zresztą nawet taki sposób histologicznego ujęcia cech złośliwości jest mało zadowalający, ponieważ tym sposobem stwierdzić możemy złośliwość guza dopiero wtedy, gdy autodestrukcja jest już w toku. Niestety nie powiodło się dotychczas wykazać jakiejkolwiek prawdziwej swoistości komórki nowotworowej złośliwej (t. zw. komórki rakowej) pod względem morfologicznym, ani też pod żadnym innym względem. Znane są przecież przypadki guzów, wykazujących histologicznie typową budowę nowotworów dobrotliwych, klinicznie jednak okazujących swą złośliwość przez zdolność dawania przerzutów [1]). Wręcz przeciwnie ma się rzecz z t. zw. karcynoidami. Toteż Deelman przyznaje otwarcie, że bywają przypadki, w których jedynie współpraca histopatologa z klinicystą może zadecydować o rozpoznaniu złośliwości guza, a Borst pisze się w zupełności na to mniemanie. Natomiast wszelkie usiłowania zdobycia zapomocą histologicznej analizy tkanki nowotworowej jakiejkolwiek prognozy klinicznej przez ustawienie t. zw. malignogramu uważa za chybiony pomysł.

Histologja patologiczna nie ma jeszcze dotychczas tak pewnych podstaw, aby ważyć się na ustalenie grup nowotworów wedle stopnia ich złośliwości, lub sięgać zgoła do liczbowego obliczania ich potencjalnej złośliwości. Najbardziej jeszcze wartościowym sposobem pozostaje orjentowanie się wedle stopnia niedojrzałości tkanki oraz zmienności jąder i mitoz.

Ze względu na wnikliwe a bezstronne ujęcie rzeczy i sumienne opracowanie tematu zasługuje rozprawa Borsta na uwagę każdego kancerologa, tak patologa jakoteż klinicysty.

Dr. A. Finkel (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Patologja.

Zespoły żołądkowo-jelitowe przebiegające z niedokrwistością. H. A. DIAS. El Dia Médico, Nr. 23, 1934.

Autor zalicza tu: *sprue* podzwrotnikową, *sprue* niepodzwrotnikową, wtórną pellagrę, chorobę Gee (choroba splotowa) — występuje ona u dzieci i dorosłych, charakteryzuje się biegunkami tłuszczowemi, osłabieniem mięśni, znaczną niedokrwistością, obrzękami i t. d. — następnie niedokrwistość złośliwą Addison-Biermera, jak i niedokrwistość złośliwą po resekcji żołądka lub jelita i niedokrwistość niedobarwliwą bezsoczną (Schulten). Te sprawy chorobowe wykazują liczne wspólne objawy jak: bezsoczność,. niedokrwistość, zaburzenia ze strony rdzenia, zapalenie jamy ustnej, zaburzenia jelitowe, łojotok i poprawę po surowej wątrobie, względnie po spożywaniu surowego mięsa.

Trójkąt, na który się składa: wątroba, żołądek i system krwiotwórczy — w razie niesprawnego działania może wywołać jedną z powyższych chorób. *Mester* (Kraków).

Przyczyny i objawy hemolizy i hemoglobinurji. K. BINGOLD. Ztschr. f. klin. Med. B. 126. S. 233-264.

Według badań autora przyczyny hemoglobinurji są następujące: 1) szkodliwości zewnętrzne *(haemoglobinuria paroxysmalis,* hemoglobinurja bez związku z zimnem lub kiłą, hb-urja po surowicach lub transfuzjach krwi z innej grupy), 2) pochodzenia mięśniowego i skórnego, wskutek rozległych podbiegnięć krwawych podskórnych, mięśniowych, po marszu, po oparzeniach, 3) pochodzenia wewnętrznego (zatrucie grzybami, chemikaljami), 4) pochodzenia zakaźnego *(Gasbacillensepsis, Schwarzwasserfieber).* We wszystkich przypadkach występuje we krwi hemoliza, methemoglobinemja a przedewszystkiem hematynemja, i z jednej strony bilirubinemja z żółtaczką, z drugiej hemoglobinurja.

---

[1]) Na posiedzeniu Lwowskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 9 lutego 1934 r. demostrował kol. Sosin z Zakładu Anatomji Patologicznej U. J. K. przypadek mnogich guzów płuc, histologicznie przedstawiających się jako włókniakomięśniaki, klinicznie jednak imponujących jako złośliwe przerzuty nowotworowe.

We krwi normalnej hemoglobina związana jest z katalazą, ciałem chroniącem hb. przed utlenieniem po dodaniu wody utlenionej: krew z moczu po hemoglobinurji nie posiada katalazy, utlenia się.

Próbę wykonuje się następująco: krew normalna (z katalazą) + H_2O_2 pieni się obficie, lecz nie odbarwia, nie utlenia. Krew z moczu (przy hemoglobinurji) + H_2O_2 nie pieni się, a odbarwia. Krew z moczu przy krwawieniu z pęcherza, moczowodów czy miedniczek zachowuje się jak normalna t. zn. pieni się i nie odbarwia.

Przy hemoglobinurji często przychodzi przejściowo do następowej niedomogi nerek z wysokiem ciśnieniem i podwyższeniem azotu pozabiałkowego do 161 mg%.

H. Długosz (Lwów).

W sprawie etjologji i patogenezy niedokrewności złośliwej. A. A. BAGDASAROW, G. A. ŁAWSKIJ, I. I. JUROWSKAJA. Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 1. 1934.

Autorzy badali związek między wydzielaniem żołądka i niedokrewnością złośliwą. Z ogólnej liczby 15 przypadków w 14 przypadkach stwierdzono *achylia gravis* z ujemną próbą histaminową. Przetaczanie krwi i leczenie wątrobowe dają całkowitą kliniczną i hematologiczną remisję, jednak bez wpływu na achylję. Badanie NaCl we krwi przy niedokrewności złośliwej wykazuje nieznaczną hipochloremję, a przy wtórnych niedokrwistościach hiperchloremję. Wydalanie NaCl z moczem po obciążeniu (regulacją przemiany chlorków) nie wykazuje zaburzeń.

Po próbnem śniadaniu przy niedokrewności złośliwej w 90% następuje spadek NaCl we krwi, a zwiększanie się w soku żołądkowym. Tak więc gruczoły żołądka przy niedokrewności złośliwej zachowują zdolność wydobywania i gromadzenia chlorków ze krwi, tracą natomiast zdolność wytwarzania kwasu solnego.

Przy niedokrewności złośliwej stwierdza się przesunięcie zasobu zasad w stronę kwasoty. Po leczeniu liczby zasobu zasad zwiększają się.

Odrzucając znaczenie achylji jako czynnika etjologicznego, autorzy stwierdzają, że główną przyczyną niedokrewności złośliwej jest intoksykacja, warunkująca wytwarzanie w organiźmie jadów hemolitycznych, które mogą prowadzić do powstania niedokrewności złośliwej przy pewnej predyspozycji konstytucjonalnej. *M. Segal* (Lwów).

Flora żołądkowo-jelitowa w niedokrwistości złośliwej Biermera-Addisona. H. OTTO. Ztschr. f. klin. Med. B. 126. S. 265—291.

Według autora niedokrwistość złośliwa powstaje wskutek zaburzenia współdziałania między hormonem żołądkowym i B_2 witaminą (z pokarmów), wywołanego przez obecne w żołądku i dwunastnicy pałeczki okrężnicy. Dla rozpoznania niedokrwistości złośliwej ważne jest, prócz innych znanych objawów, stwierdzenie pałeczek okrężnicy w żołądku i dwunastnicy.

W leczeniu niedokrwistości złośliwej trzeba uwzględnić, prócz dostarczenia organizmowi czynnika przeciwanemicznego, usunięcie pałeczek okrężnicy z górnych odcinków jelita, gdyż w razie ich obecności mogą wystąpić nawroty.

H. Długosz (Lwów).

Przyczynek do zagadnienia śródpłucnego zużycia tlenu w przebiegu niedokrwistości. F. BANDOW, J. BIRKNER, H. BOHNEKAMP. (Würzburg). Dtsch. Arch. klin. Med. 176. H. 2. S. 178—181.

W przypadku ciężkiej wtórnej niedokrwistości, (18% Hb, pół milj. c. czerw.), w którym nawet po większych wysiłkach nie obserwowano wyraźniejszej duszności, oznaczali autorowie wielokrotnie różnicę stężenia tlenu we krwi żylnej i tętniczej (met. Grollmanna) i otrzymali tak wysokie wartości, że nie można ich było wytłumaczyć samem tylko zużyciem tlenu, związanego z Hb czy zawartego w osoczu. Podnoszą więc możliwość wiązania tlenu wprost w płucach albo przenoszenia go do tkanek zapomocą innych ciał, stojących poza barwikiem krwi.

W. Musiał (Lwów).

Elektrokardjogram po wysiłku fizycznym przy zachowanym rytmie pracy serca. W. BORGARD. Med. Klin. Nr. 51, 1933.

W przypadkach istnienia utajonych uszkodzeń mięśnia sercowego, które nie są w stanie dać zniekształceń ekg wykonanego w spokoju, dadzą one zmiany i to nieraz wybitne po wysiłku fizycznym. O ile istnieje spłaszczenie fali T spowodowane zmianami organicznemi, wówczas po obciążeniu fizycznem to spłaszczenie wystąpi jeszcze silniej. O ile po wysiłku fizycznym zniekształcenie odcinka S—T nasili się, to dowodzi istnienia organicznej przyczyny owego zniekształcenia. W przypadkach wyleczonych nadtarczyczności spłaszczone T po obciążeniu fizycznem znacznie się podnosi, dowodząc dużej siły mięśnia sercowego, natomiast odcinek S—T pozostaje zazwyczaj zniekształcony. Po przebyciu spraw zakaźno-toksycznych w mięśniu sercowym, nawet przy pozornie prawidłowych ekg po obciążeniach fizycznych wystąpią zaburzenia w obrębie fali T. Przy istnieniu dusznicy bolesnej organicznej głęboka fala S i obniżony odcinek S—T po obciążeniu znacznie się pogłębiają. Po przebytych nawet dawno zawałach mięśnia sercowego, niedających już zmian w ekg po obciążeniu można spowrotem uzyskać typowe dla tego schorzenia T kopulaste. Istnieje natomiast t. zw. T neurasteników, w formie albo obniżenia albo nadmiernego wzniesienia, które po obciążeniu przybiera prawidłową postać. Obniżenie fali T neurasteników występuje przy t. zw. wagotonji ćwiczebnej, podczas gdy przy wagotonji konstytucjonalnej następuje podniesienie jej. Przy innych nerwicach serca wysoka fala T narasta po obciążeniach fizycznych. *Z. Godłowski* (Kraków).

Oznaczanie całkowitego azotu moczu w fotometrze skalowym. K. URBACH. Med. Klin. Nr. 46, 1933.

Metoda fotometryczna ma tę zaletę, że do jej wykonania nie są potrzebne specjalnie nastawione odczynniki, ani nastawianie płynu wskaźnikowego, nie wymaga destylacji ani miareczkowania. Natomiast odgrywa dużą rolę czułość wzrokowa na barwy badającego. U ludzi odpowiednio wprawionych błąd doświadczalny jest tak mały, że pozwala zakwalifikować tę metodę do rzędu odpowiednich badań laboratoryjnych.

Z. Godłowski (Kraków).

Wpływ insuliny na czynność wydzielniczą zdrowego żołądka ludzkiego. K. BECKER i E. GEIS. (Bonn). Dtsch klin. Med. Bd. 176. H. 2. S. 154—162.

W okresie hipoglikemji, wywołanej podaniem 15 jednostek insuliny, wydziela błona śluzowa żołądka sok zawierający kwas solny i chlorki w znacznie wyższem stężeniu niż w warunkach normalnych. Po okresie hipoglikemji wzmożenie funkcji wydzielniczej utrzymuje się jeszcze czas dłuższy, ale na znacznie niższym poziomie (oznaczano met. ilość. Lewina).

W. Musiał (Lwów).

Dzienne ilości wody, kwasu solnego i chlorków, wydzielanych przez błonę śluzową żołądka zdrowego i w przebiegu wrzodu trawiennego. K. BECKER i J. FELDHAUS. (Bonn). Dtsch. klin. Med. Bd. 176. H. 2. S. 138—148.

Oznaczając metodą barwikową Lewina ilości wody, kwasu solnego i chloru, wydzielone w ciągu 12 godzin u ludzi zdrowych i w przebiegu wrzodu trawiennego stwierdzono, że dzienna ilość wydzieliny żołądkowej jest we wrzodzie żołądka o 20% wyższa od tejże ilości u zdrowych, kwasu solnego o 56%, chlorków o 40%. Wzmożenie cząsteczkowych funkcyj błony śluzowej żołądka w przebiegu wrzodu trawiennego utrzymuje się przez cały dzień. *W. Musiał* (Lwów).

Mikrobiologja i serologja.

Wyniki szczepień ochronnych przeciw tyfusowi plamistemu, przeprowadzonych szczepionką Rickettsiową w latach 1931—1932. R. WEIGL. Bull. Internat. d. l'Acad. Polonaise d. Sciences et d. Lettres. Cl. d. médecine. Nr. 2—5, 1933.

Sprawozdanie z 6.500 wykonanych szczepień ochronnych przeciw tyfusowi plamistemu, z tego 6.000 w Polsce, 500 wśród misjonarzy w Chinach. Wyniki dobre, szczepienie w okresie wylęgania choroby nie szkodzi, a być może przyczynia się do lżejszego przebiegu tyfusu. Doświadczenia na świnkach rokują możliwość uodparniania bierno-czynnego w okresie inkubacji tyfusu plamistego, przy użyciu najpierw surowicy ozdrowieńca, a następnie szczepionki z *Rickettsia.*

Wykonano również w instytucie trzy doświadczalne zakażenia osób uprzednio szczepionych przez poddanie ich licznym ukąszeniom przez wszy zakażone i stwierdzono pełną odporność przeciwtyfusową tych osób. O zjadliwości użytego szczepu Rickettsji świadczą dwa równocześnie zaobserwowane zakażenia laboratoryjne osób nieszczepionych.

St. Legeżyński (Lwów).

Nowe wzmożone pojawianie się choroby papuziej (psitakozy). J. PFORTNER i R. PFAFFENBERG. Reichsgesundheitsblatt, 1934, 350 (przedruk w Dtsch. Tierärzt. Wochschr. 19, 1934).

Autorowie donoszą, iż w roku obecnym pojawił się cały szereg ognisk choroby papuziej w Niemczech. Dotychczas stwierdzono 14 ognisk w Berlinie, trzy na prowincji; zachorowało razem 42 osób, 10 zmarło.

W dziewięciu ogniskach stwierdzono obecność zarazków badaniem doświadczalnem. Jako materjału używa się krwi (tylko w trzech pierwszych dniach zarazek jest obecny), plwociny za życia człowieka, płuc i śledziony po śmierci, — ptaki podejrzane zatruwa się chloroformem do przesyłki i bada śledzionę i wątrobę. Myszka biała zakażona materjałem, zawierającym zarazki choroby papuziej pada do kilku dni, w wysięku otrzewnym stwierdzić można małe, znajdujące się na granicy widoczności, z trudem przechodzące przez sączki Berkefelda, ziarenkowate twory, t. zw. ciałka Lewinthala, będące najprawdopodobniej zarazkami psitakozy. Hodowle wypadają ujemnie, pasaże na myszkach udają się łatwo.

Przesyłka materjału, a zwłaszcza praca w pracowni diagnostycznej wymaga wielkich ostrożności ze względu na łatwość zakażenia pyłem, zawierającym zarazki; niebezpieczeniejsze jest eksperymentowanie z ptakami, jak z myszami, pracownicy używają maski gazowej, nakrycia szczelnego na głowę i rękawic gumowych. *St. Legeżyński* (Lwów).

Japoński szczep gruźlicy AO w doświadczeniu. I. L. KRICZENSKIJ i L. M. JAKOBSON. Centr. Med. Żurn. T. XII. Nr. 2/1934.

Autorowie postawili sobie za zadanie skontrolowanie w doświadczeniu na świnkach morskich działanie szczepu AO. Autorowie dochodzą do wniosku, że nawet bardzo małe dawki tego szczepu wywołują wyraźne zmiany gruźlicze u świnek morskich, co jest w wyraźnej sprzeczności z twierdzeniem autorów japońskich.

Wobec tego autorowie w zupełności odrzucają możliwość stosowania AO jako środka leczniczego względnie zapobiegawczego. *M. Segal* (Lwów).

Zjadliwość prątka gruźlicy w wysiękach opłucnowych w okresie wsysania. J. NEDELJKOVITCH. Medicinski Pregled, 1934. Nr. 4.

Autor stwierdził na pewnej ilości przypadków, że prątki zachowują swą zjadliwość w wysiękach aż do zniknięcia tychże. *Leszczyński* (Lwów).

Wartość kliniczna odczynu wiązania dopełniacza w rzeżączce. G. BUDLOWSKY, F. SAGHER. Med. Klin. Nr. 51, 1933.

Z zestawień statystycznych wynika, że w postaciach ostrych rzeżączki dodatnie wyniki tego odczynu występują w 46%, w postaciach przewlekłych w blisko 84%, a przy istnieniu powikłań w blisko 95% przypadków. Z innych schorzeń, przy których występował dodatni wynik tego odczynu, stwierdzili autorowie w jednym przypadku kiły wrodzonej i gruźlicy narządów rodnych kobiecych. W postaciach przewlekłych z powikłaniami, praktycznie rzecz biorąc, wynik dodatni należy uważać za odczyn swoisty. Z samego nasilenia odczynu nie można wyciągać wniosków dla rokowania. Utrzymywanie się dodatniego odczynu przez dłuższy czas po klinicznem wyleczeniu należy tłumaczyć istnieniem bardzo drobnych ognisk zakażenia, które nie dając objawów klinicznych, powodują utrzymywanie się odczynu i mogą nawet po kilkudziesięciu latach spowodować różne powikłania. *Z. Godlowski* (Kraków).

Barwny odczyn skłaczkowacenia. H. HECHT. Med. Klin. Nr. 3, 1934.

Do barwienia wypadłego koloidu w odczynach skłaczkowacenia dodaje się do badanych płynów barwiki, które wypadający koloid ma zdolność porywania ze sobą, a przez to i barwienia się niemi. Celem uzyskania wybitniejszego kontrastu, dodaje się do roztworu inny barwik, którego koloid nie jest w stanie ze sobą porwać, pozostawia go przeto w roztworze, barwiąc go kontrastowo. Sama czułość odczynów na tej domieszce barwików nie cierpi, a wybitnie uwydatnia nawet słaby odczyn dodatni, bowiem w odczynie powstają dwie fazy barwikowe. Równocześnie podaje autor szereg połączeń barwików, stosowanych dla tych celów. *Z. Godlowski* (Kraków).

Chirurgja, położnictwo i ginekologja, stomatologja.

Znieczulenie miejscowe przy sztucznem przerwaniu ciąży. A. M. FOJ. (Leningrad). Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 1/1934.

Do znieczulenia używano roztworu *Cocaini muriat.* 0,2—0,5 na 120,0 wody z dodaniem 0,3 chlorku sodu dla izotonji płynu i 30 kropel adrenaliny 1 : 1.000. Rozczyn ten w ilości 4—5 cm^3 wstrzykiwano cienką igłą w boczne ściany szyi macicy do wysokości ujścia wewnętrznego i do wargi przedniej do 3—4 cm głębokości. Takie same ilości płynu znieczulającego wstrzykiwano w boczne sklepienia obustronnie do 2—$2^1/_2$ cm głębokości. Znieczulenie u pierwiastek następowało po 2—3, maksymum 5 minutach, u wielorodek już po $^1/_2$—1 min tak, że bez bólu można było rozszerzyć kanał szyi Hegarami. W tem znieczuleniu wykonano przerwanie ciąży w 300 przypadkach, przyczem w 88% znieczulenie było zupełne, w 10% pacjentki odczuwały niewielki ból w czasie rozszerzania i tylko 6 wielorodek (2%) skarżyło się na ból. *M. Segal* (Lwów).

Siarczan magnezowy i leczenie rzucawki porodowej. A. D. ATOWSKIJ. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 5. 1934.

Technika wlewania siarcz. magn. jest bardzo prosta i może być wykonana w każdych warunkach. Rodząca i płód dobrze znoszą wlewania siarcz. magn., powikłań przytem nie zaobserwowano. Ogółem zastosowano tę metodę z dobrym wynikiem w 50 przypadkach rzucawki porodowej; zazwyczaj następował spokojny sen, drgawki ustępowały zupełnie, względnie na kilka godzin. Diureza nietylko się nie zmniejsza, ale nawet często wyraźnie zwiększa się. Na podstawie swoich doświadczeń twierdzi autor, że wlewanie siarcz. magn. w postaci 3% rozczynu wodnego w ilości 200,0 cm^3 należy wykonywać do 4 razy w ciągu doby pomimo ustąpienia pierwszych drgawek; taka dawka siarcz. magn. jest zupełnie nieszkodliwa. (Wlewanie wykonuje się w zewnętrzną powierzchnię uda tak, jak wlewanie rozczynu fizjologicznego).

Na wszelki wypadek szczególnie przy utrudnionym oddechu należy mieć przygotowany 5% roztwór chlorku wapnia; 10,0 cm^3 chlorku wapnia dożylnie szybko niweczy działanie siarcz. magn. Siarczan magn. obniża parcie krwi nawet w małych dawkach, przyczem wyraźniejsze jest obniżenie parcia po drugiem wlewaniu.

Przy rozwiązaniu operacyjnem po wlewaniu siarcz. magn. wskazane jest uśpienie eterowe.

Zamiast *Magn. sulf. purissimum* można użyć zwykłej sprzedażnej soli czyszczącej. Morfina, jako środek zmniejszający diurezę, winna być — zdaniem autora — wyeliminowana z lecznictwa rzucawki porodowej i zastąpiona siarcz. magn., w każdym razie zastosowanie morfiny winno być ograniczone. *M. Segal* (Lwów).

Promienica narządu rodnego kobiety. C. DANIEL i D. MAVRODIN (Bukareszt). Rev. Fr. de Gyn. Z. 1. 1934.

Autorowie podają 66 przypadków zebranych z piśmiennictwa i w związku z tem omawiają szczegółowo etjologję, zmiany anatomo-patologiczne oraz obraz kliniczny powyższego schorzenia. Zaznaczają, że wobec różnorodności objawów trudności rozpoznawcze mogą być bardzo wielkie, szczególnie w przypadkach promienicy przydatków. Co się tyczy leczenia, to zabieg chirurgiczny w przypadkach nadających się do operacji jest bezwzględnie najracjonalniejszym. Nie wyklucza on jednak następowego leczenia preparatami jodowemi, stosowanemi *per os* lub w postaci okładów, przestrzykiwań i zastrzyków, zależnie od umiejscowienia się sprawy chorobowej. W nowszych czasach po zabiegach chirurgicznych, a nawet jako leczenie zasadnicze zaczęto stosować promienie ultra-fioletowe oraz promienie Roentgena i radu w połączeniu z leczeniem jodowem lub bez niego. (Rad założono z dobrym wynikiem tylko w jednym przypadku do przetoki przymacicza). *H. Newlińska* (Lwów).

Nabłoniak kosmówkowy i odczyn Aschheim-Zondeka. B. S. TARŁO. (Kazań). Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 1/1934.

Autor opisuje 2 przypadki nabłoniaka kosmówkowego, w których odczyn A.-Z. na białych myszkach wypadł dodatnio, przyczem w jednym przypadku po operacyjnem usunięciu nowotworu, ale już powstałych przerzutach.

Dlatego autor uważa odczyn A.-Z. za metodę cenną nietylko dla stwierdzenia nowotworu, ale również dla wyjaśnienia, czy istnieją przerzuty nowotworowe. *M. Segal* (Lwów).

Zasady i zalety porodów nieoperacyjnych w przypadkach ścieśnienia miednicy. J. KREIS i L. KULIKOWSKA. (Strasbourg). Rev. Fr. de Gyn. z. 11, 1933.

Jako *„accouchement médical"* autorowie uważają postępowanie podczas porodu, mające na celu leczenie nieprawidłowych bólów porodowych oraz przebijanie pęcherza nawet przy małem rozwarciu ujścia, co rzekomo przyśpiesza ustalenie się części przodującej i szybsze rozwieranie się ujścia. W przypadkach takich próbny okres pracy porodowej może trwać do 10 godz., poczem można już zdecydować, czy poród odbędzie się siłami natury, czy też trzeba będzie rozwiązać rodzącą zapomocą cięcia cesarskiego. Na 156 miednic ścieśnionych w 35,8% trzeba było wykonać cięcie cesarskie, pozostałe porody ukończyły się samodzielnie.

Zaletą takiego postępowania jest to, że w granicach normalnego czasu trwania porodu, nie narażając kobietę na niepotrzebne bóle i nie szkodząc dziecku, możemy się upewnić co do wielkości niestosunku porodowego i wczas zapobiec temu.
H. Newlińska (Lwów).

Bardzo znaczne zwłóknienie warstwy przenikania w przypadku starszej ciąży jajnikowej jako domniemana przyczyna negatywnej reakcji ciążowej Aschheima-Zondeka. H. O. KLEINE. Arch. f. Gyn. T. 153. Z. 1.

Dokładny opis przypadku 6-o miesięcznej ciąży jajnikowej, śródpęcherzykowej u osoby 33 letniej. Płód żywy, źle rozwinięty zmarł wnet po operacji. W 3-im i 4-ym miesiącu ciąży wykonana próba ciążowa A. Z. raz wypadła wątpliwie, a raz ujemnie. Ciałka żółtego ciążowego nie stwierdzono. Tak rozwój płodu bardzo upośledzony, jakoteż ujemny wynik próby A. Z. odnosi autor do znacznego zwłóknienia warstwy przenikania, która stanowiła jakby barjerę między krążeniem matki i płodu. (Wykazują to liczne obrazy drobnowidowe — załączone w tekście). W doświadczeniu na myszkach stwierdzono hormon rujowy.

U 2 pacjentek, u których w 3-im i 4-ym miesiącu ciąży musiano usunąć jajnik zawierający ciałko żółte ciążowe spowodu torbieli, w 4 miesiące po operacji odczyn rujowy na myszkach jakoteż próba ciążowa A. Z. wypadły dodatnio. Ciałko żółte ciążowe nie grało w tych reakcjach żadnej roli.

Zdaniem autora, stwierdzone u pierwszej chorej zwłóknienie warstwy przenikania było przyczyną, że mimo żyjącego płodu próba ciążowa A. Z. wypadła ujemnie. Stąd wniosek, że t. zw. ciała przedniego płata przysadki, od których obecności zależy dodatnia reakcja ciążowa A. Z., wytwarzają się w łożysku (w nabłonku kosmkowym). Rozległe zwłóknienie warstwy przenikania działa jak blokada i przeszkadza przedostaniu się tychże ciał do organizmu matki. Spostrzeżenia autora potwierdzają zapatrywanie Philippa, który twierdzi, że wspomniane ciała są pochodzenia łożyskowego.
K. B. (Lwów).

W sprawie leczenia atresia hymenis. S. S. KAUFER. Centr. Med. Żurn. T. XIII. Nr. 1. 1934.

Autor opisuje 2 operowane przypadki *atr. hym.* i dochodzi do wniosku, że *a. h.* może spowodować krwiaka śródpochwowego, macicznego i jajowodowego z następowym uciskiem na pęcherz moczowy i prostnicę aż do zupełnej ich niedrożności. Ponieważ w podobnych przypadkach nie możemy z pewnością wykluczyć krwiaka jajowodowego, wskazanem jest w pierwszym rzędzie wykonanie laparotomji; w razie stwierdzenia krwi w trąbkach usunięcie ich, dopiero później nacięcie błony dziewiczej z zachowaniem zasad aseptyki.
M. Segal (Lwów).

Włókniaki podśluzowe wychodzące z dna macicy. G. JEANNENEY (Bordeaux). Rev. Fr. de Gyn. 1933. Z. 12.

Autor zwraca uwagę na włókniaki podśluzowe umiejscowione w dnie macicy, które wobec małych zmian fizykalnych dają zazwyczaj obfite krwawienia. Zdjęcie rentgenowskie wykaże w tych przypadkach jamę macicy w kształcie litery Y.
H. Newlińska (Lwów).

Higjena i medycyna społeczna.

Zawodowe zmiany obrazu krwi u rentgenologów, radjologów i służby pomocniczej. PIRCHAN i TEISINGER. Čas. Lék. Česk. Z. 39. 1933.

Autorzy badali 50 osób (częste kontrole), pracujących zawodowo przy Roentgenie i radzie. Najczęściej znajdowali prawidłową ilość białych ciałek, nigdy nie spotykali większej leukocytozy, stosunkowo rzadko leukopenję. Najczęściej spotykali względną i bezwzględną limfocytozę, neutropenję, prawidłową ilość ciałek czerwonych (w kilku przypadkach nieco wzmożoną ilość do 6,800.000). Przy pomocy barwienia Mommsena na patologiczne granulacje stwierdzili obecność ich u wszystkich rentgenologów i radjologów. Odsetkowo zwiększona jest ilość u osób długo pracujących lub pracujących bez dostatecznej ochrony.
Ungar (Lwów).

Gruźlica płuc, a ocena zakażenia przypadkowego. M. BöNNIGER. Med. Klin. Nr. 1. 1934.

O ile w najbliższem otoczeniu chorej na gruźlicę osoby pielęgniarskiej, zwłaszcza z oddziałów i przychodni przeciwgruźliczych, u osoby przedtem zdrowej nie uda się stwierdzić źródła zakażenia, należy przyjąć, że zakażenie nastąpiło w czasie wykonywania pracy zawodowej. W tych razach pomaga w rozstrzygnięciu kontrola płuc prześwietlaniami rentgenowskiemi. Wskazane jest dlatego zawsze przed przyjęciem i po ukończeniu służby pielęgniarskiej czy nawet lekarskiej, dokładne przebadanie fizykalne i rentgenowskie zwłaszcza płuc, by upewnić się, że w okresie służby zawodowej nie nastąpiło zakażenie gruźlicze. Ważne to jest w przypadkach dochodzeń o odszkodowania materjalne przez chorych, którzy będąc już zakażonymi przed rozpoczęciem służby pielęgniarskiej, albo zakazili się w okresie po ukończeniu jej, starają się dowieść, że uszkodzenie ich zdrowia nastąpiło w okresie wykonywania ich służby zawodowej.
Z. Godłowski (Kraków).

Dychawica oskrzelowa i określenie zdolności do pracy. F. J. NOTKINA i N. R. BOGOLEPOW (Moskwa). Klinicz. Med. T. XII. Nr. 2. 1934.

Dla oceny zdolności do pracy astmatyka konieczne jest dokładne badanie chorego, dłuższa obserwacja, znajomość warunków i rodzaju pracy. W czasie badania na szczególną uwagę zasługują: dokładne wywiady, przebieg choroby, wyniki badań laboratoryjnych, stan górnych dróg oddechowych, płuc, układu sercowo-naczyniowego, funkcji gruczołów dokrewnych, stan nerwowy i psychiczny z jego właściwościami konstytucjonalnemi i nabytemi. Obarczenie dziedziczne, podeszły wiek, komplikacje ze strony układu sercowo-naczyniowego i płuc, zmiany organiczne sfery psychicznej pogarszają prognozę i przyczyniają się do zwiększenia inwalidztwa.

Według obserwacji autorów, astmatycy w wielu wypadkach długi czas są zdolni do pracy, wykazując niekiedy znaczną intensywność i wydajność pracy. Nie należy zbyt wcześnie zaliczać ich do inwalidów i wyłączać z „tonizującej" atmosfery pracy. Uwzględniając zmienność i zmniejszoną oporność układu wegetatywnego, zwiększoną wrażliwość na rozmaite alergeny i zmniejszoną odporność organizmu szczególnie na infekcję — należy astmatykom umożliwić pracę w spokojniejszych korzystnych warunkach i zastosować środki leczniczo-zapobiegawcze: fizjo-psychoterapję, terapję antyalergiczną, dodatkowe urlopy, leczenie sanatoryjne. Nie należy astmatyków zaliczać do wysokich grup inwalidztwa bez powtórnego badania ze względu na zmienny przebieg choroby.
M. Segal (Lwów).

W sprawie kliniki i diagnostyki przewlekłego zatrucia aniliną. C. GENKIN i A. RASZEWSKAJA (Moskwa). Klinicz. Med. T. XII. Nr. 2. 1934.

Wśród badanych robotników przemysłu anilinowego nie stwierdzono anemji lub powiększonej ilości Hb, ani też poliglobulji. W okresie ostrego zatrucia aniliną zaobserwowano obniżenie pojemności oddechowej krwi, badanej metodą Barcrofta, która wróciła do normy w 2 dni po opuszczeniu fabryki. Obniżenie pojemności oddechowej krwi, sinica warg, ślady methemoglobiny, ciałka Heinza we krwi i pyramidofenol w moczu nie są objawami przewlekłego zatrucia, tylko lekkiego ostrego zatrucia wzgl. zwiastunami wtargnięcia aniliny do ustroju. Objawy te nie utrzymują się długo, gdyż anilina szybko ulega wydaleniu w niezmienionym stanie lub w postaci pyramidofenolu. Methemoglobina ulega dysocjacji. Bardziej pewnemi objawami przewlekłego zatrucia są zaburzenia sfery nerwowo-psychicznej. Przypadki przewlekłego zatrucia są naogół rzadkie. Rokowanie w leczeniu zaburzeń nerwowo-psychicznych przy przewlekłych zatruciach w większości przypadków jest naogół dobre, o ile zawczasu usunie się chorego z atmosfery jadów i zastosuje leczenie fizykalne.
M. Segal (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

Sprawozdanie z VI posiedzenia naukowego odbytego dnia 9 marca 1934 r.

Przewodniczy: Kol. T. Ostrowski.

1. Kol. Goldschlag, czł. T-wa: przedstawia przypadek *choroby Pageta z pozasutkowem umiejscowieniem (Praecancerosis — Morbus Pageti extramamillaris)* u 35 letniej kobiety, która choruje od szeregu lat. Na podudziu prawem ognisko wielkości dłoni o podstawie lekko nacieklej, brzegach pełzających. Powierzchnia miejscami sącząca, miejscami brodaweczkowato wybujała lub pokryta strupkami. Tu i ówdzie wysepki świeżo utworzonego naskórka. Całość przypomina banalną zmianę wypryskową. Histologicznie obok zmian dyskeratotycznych bujanie warstwy kolczastej jak przy *ca spinocellulare.* Prelegent omawia pojęcie *praecancerosis* i podkreśla ważność znajomości choroby Pageta; wkońcu przytacza zapatrywania na patogenezę tego schorzenia.

W dyskusji kol. Schramm, czł. T-wa podnosi, że wobec powolnego przebiegu należałoby w przyp. powyższym zastosować aktynoterapję, a więc naświetlania promieniami Roentgena wzgl. radem. Gruczoły pachwinowe radzi usunąć drogą operacyjną (bad. histolog.). W razie zaś ujemnego wyniku naświetlania, można ognisko w skórze wyciąć i ubytek pokryć sposobem plastycznym.

2. Kol. Musiał A., czł. T-wa: przedstawił i omówił dwa przypadki *wytrzeszczu gałki ocznej*, podając na wstępie przyczyny, mogące powodować wystąpienie wytrzeszczu, jak zmiany w oczodole, w otoczeniu tegoż, nadto zmiany w sąsiednich zatokach, które mogą być zapalne i to w samym oczodole, jego ściankach, lub otoczeniu. Dalej wytrzeszcz mogą powodować nowotwory, zmiany naczyniowe tak w oczodole, jak i w otoczeniu, a nawet przyczyna może być ogólna. Przypadek pierwszy wytrzeszczu tętniącego gałki ocznej, powstałego w następstwie upadku z wysokiego drzewa dotyczy mężczyzny 37 letniego. Badanie chorego po siedmiu miesiącach od wypadku wykazuje mierne wysadzenie gałki ocznej, silne nastrzykanie żylne spojówki gałkowej, ruchomość prawidłowa, środki łamiące czyste, na dnie oka objawy silnego zastoju żylnego przy nieznacznie upośledzonej bystrości wzroku. Przy ucisku na gałkę oczną wyraźne objawy tętnienia, przysłuchowo szmer nad okiem jak i nad całą czaszką dobrze słyszalny, znikający przy ucisku na tętnicę dogłowową wspólną. Następnie prelegent omówił sposoby powstawania wytrzeszczu tętniącego i leczenie.

Przypadek drugi dotyczy mężczyzny 47-letniego z wytrzeszczem oka prawego. Gałka oczna wykazuje nieznaczne nastrzykanie żylne spojówki gałkowej, objaw Graeffego, Moebiusa i Stellwaga zaznaczony. Bystrość wzroku dopiero w ostatnim czasie upośledzona. Dno oka prawidłowe. W oczodole zmian wykazać nie można. Wszystkie badania pomocnicze ujemne. Tak samo odczyn Wassermanna we krwi ujemny. Niema żadnych danych poza wysadzeniem gałki, które w danym przypadku przemawiałyby za istnieniem nowotworu pozagałkowego. Przypuszczenie, jakie wyraził M. widząc chorego przed rokiem po raz pierwszy, że mamy w danym przypadku do czynienia z rzadkim przypadkiem choroby Basedowa, potwierdziły badania we Wiedniu, dokąd chory wyjechał. Za chorobą Basedowa zdaniem M. przemawiają nietylko zmiany oczne, lecz spadek wagi ciała (7 kg), poty, limfocytoza 32%, podwyższenie przemiany podstawowej 25%, nadto cukier w moczu. Obecnie chory został przyjęty na oddział celem przeprowadzenia jeszcze dokładnych badań i ustalenia rozpoznania.

W dyskusji: Kol. Franke, czł. T-wa podnosi, że należałoby w przypadku drugim przeprowadzić szczegółowe badania w kierunku choroby Basedowa mimo braku przyśpieszenia tętna; pozatem radzi oznaczyć poziom jodu i ewentualnie tyroksyny we krwi.

Kol. Pisek czł. T-wa: Stwierdzając u przedstawionego chorego znaczny wytrzeszcz, wprawdzie wyjątkowo tylko na jednem oku, bez zmian wewnątrzczaszkowych, wykluczonych Roentgenem, stwierdzając ponadto obok innych objawów, tętno 108, badane w odstępach kilka razy, przy zupełnym spokoju chorego, przychodzi do wniosku, że mamy przed sobą chorego z chorobą Basedowa. Jednostronny wytrzeszcz jest wyjątkowym, a dość często spotykamy znaczniejsze różnice pomiędzy stopniem wytrzeszczu na jednem oku niż na drugiem.

Kol. Tomanek zapytuje prelegenta, jak się przedstawiał obraz cytologiczny krwi, gdyż limfocytoza przemawiałaby za hipertyreozą.

Kol. Bühn radzi podawać johimbinę podskórnie celem zróżnicowania, czy w danym przypadku mamy do czynienia z wytrzeszczem na tle anatomicznem, czy na tle choroby Basedowa. Przy chorobie Basedowa wytrzeszcz gałek ocznych cofa się po podaniu tego leku skutkiem porażenia nerwu sympatycznego.

Pozatem zabierali głos kol. Luftman i Naróg.

3. Kol. Sowiakowski, gość, przedstawia dwa przypadki *złamań kręgosłupa z późnemi zmianami czynnościowemi ze strony kończyn dolnych*. Przyp. I. Chora lat 22. W wywiadach podaje, że upadła na plecy przed 7 miesiącami i uczuła ból w okolicy międzyłopatkowej. Podniosła się sama i poszła do domu. Przez 7 miesięcy czuła się dobrze, a dopiero przed dwoma tygodniami wystąpiło porażenie kończyn dolnych. Przed trzema miesiącami zauważyła guzek na kręgosłupie w okolicy międzyłopatkowej. Mocz i stolec oddaje prawidłowo. Badanie przedmiotowe wykazało *gibbus* kręgosłupa w okolicy międzyłopatkowej na wysokości V. kr. piersiowego. Rtg. wykazał deformację kręgu piersiowego V. spowodu złamania kręgu. Narządy wewn. bez zmian. Kończyny dolne: *paraplegia spastica*.

Przyp. II. Chora lat 21, zamężna. Przed 7 miesiącami przewróciła się z furą siana i potłukła się ogólnie. Od miejsca wypadku do domu doszła o własnych siłach. Od czasu wypadku pracowała w polu przez dwa miesiące i odczuwała tylko strzykanie w krzyżach i czasami w nogach. Przy końcu drugiego miesiąca nie mogła utrzymać się na kończynach dolnych tak że chora musiała leżeć w łóżku; w pozycji leżącej porusza kończynami dobrze. Po kilku miesiącach choroby zgłosiła się na klinikę neurologiczną celem leczenia kończyn dolnych, poczem przeniesiono ją na klinikę chirurgiczną. Badanie przedmiotowe wykazało stare złamanie kręgosłupa w obrębie III. kręgu lędźwiowego, skoljozę i paraparezę kończyn dolnych.

Chora pierwsza była leczona zapomocą wyciągu przez kilka miesięcy i stan jej polepszył się, druga chora nie zgodziła się na leczenie w klinice i po założeniu gorsetu gipsowego odeszła do domu. Przypadki te są ciekawe dlatego, że od chwili wypadku do wystąpienia zmian w kończynach dolnych upłynął dłuższy przeciąg czasu. Chore nie zdawały sobie sprawy, że sprawa chorobowa dotyczy kręgosłupa i dopiero zaburzenia ze strony kończyn sprowadziły je do lekarza. Dużo jednak chorych zgłasza się do lekarza w stadjum wcześniejszem i badanie podejrzanych przypadków powinno być jaknajbardziej dokładne ze zdjęciami Rtg. przedniotylnemi i bocznemi. Rokowanie przypadków wczesnych jest dobre, a późnych z powikłaniami wątpliwe. Kümmel i Schmorl zwrócili uwagę, że urazy mechaniczne działające na kręgosłup sczasem mogą wywołać bardzo rozległe zmiany w kręgosłupie, mimo że początkowe zmiany są tak małe, że żadnemi sposobami rozpoznawczemi wykazać ich nie można.

W dyskusji kol. Gruca omawia trzy przypadki analogiczne spostrzegane w szpitalu Ubezpieczalni Społecznej w ciągu ostatniego roku. W najklasyczniejszym z nich chora lat około 30 — po upadku ze schodów po przejściowych dolegliwościach, szereg miesięcy nie miała żadnych zaburzeń nerwowych. Dopiero po około 6 miesiącach wystąpiło powolne zmniejszenie siły ręki, a następnie niemal zupełne porażenie lewej połowy ciała z zaburzeniami pęcherzowemi. W innych przypadkach objawy wystąpiły wcześniej, spostrzeżenia te dowodzą, że tego rodzaju powikłania późne po stosunkowo nieznacznych urazach kręgosłupa nie należą do zbyt rzadkich. Leri, który w r. 1923 podobny przypadek opisał i miał możność wykonania autopsji, tłumaczy wystąpienie porażeń uciskiem blizn i skostnień w obrębie więzadeł w kanale kręgowym przerwanych przy nadmiernem zgięciu wzgl. wyprostowaniu kręgosłupa w chwili urazu. Późnych zmian w obrębie szkieletu kręgosłupa, jak w chorobie Kümmel-Verneuil'a zwykle nie spostrzega się. Zdaniem G. ucisk rdzenia może być również wywołanym przez organizację i następne kurczenie się krwiaka w obrębie kanału kręgowego. W leczeniu różne drogi wchodzą w rachubę. W jednym z spostrzeganych przypadków porażenie cofnęło się niemal zupełnie po kilkutygodniowym wyciągu na łóżku pochyłem. Chory odcinek kręgosłupa usztywniono następnie operacyjnie, osiągając w ten sposób wynik trwały. Poprawa jest wyraźna również w drugim przypadku leczonym obecnie zachowawczo, w trzecim wykonano po próbie leczenia zachowawczego — laminektomję; jaki będzie wynik końcowy, jeszcze niewiadomo.

4. Kol. Grabowska M., gość, przedstawia *rentgenogramy ciał obcych w dwunastnicy u chorej 20 letniej*. Badanie rentgenowskie wykazało obecność ciał obcych (2 łyżeczki oraz zwój drutu) w pętli zstępującej dwunastnicy. Chora podała w wywiadach, że po sprzeczce z rodziną połknęła 2 łyżeczki oraz zwój drutu jeszcze w listopadzie roku ubiegłego. Chorą skierowano do zabiegu chirurgicznego.

W dyskusji kol. T. Ostrowski zaznacza, że u chorej tej wykonano na klinice chirurgicznej duodenotomję, usuwając wspomniane ciała obce; chora w 10 dni po zabiegu opuściła wyleczona klinikę.

5. Kol. Szymonowicz, gość, przedstawia przypadek *usunięcia zakrzepu tętnicy ramieniowej prawej*. Dotyczy on chorej lat 26, zamężnej, która przed 6 miesiącami urodziła dziecko zdrowe. Choroba rozpoczęła się z końcem grudnia nagłem uczuciem zmarznięcia i mrowienia w kończynie górnej prawej, które po pół godzinie minęło. Stan ten jednak powtarzał się w pewnych odstępach czasu z pojawianiem się łamiących bólów, najpierw w ręce prawej, następnie przedramieniu i ostatecznie barku prawym. W nocy z 18. na 19. II. wystąpiły nagle bardzo silne bóle gwałtownie narastające w ręce i dolnych częściach przedramienia prawego z równoczesnem zupełnem zblednięciem i zdrętwieniem tych odcinków ramienia. Dnia następnego nastąpiła nieznaczna poprawa jednakże z perjodycznemi okresami pogorszenia, w których stwierdzono: znaczne obniżenie ciepłoty schorzałej kończyny w stosunku do zdrowej, trupio blade zabarwienie

skóry, sinawe podbarwienie końców palców, brak tętna w przebiegu tętnicy promieniowej, ruchomość prawidłowa, siła nieco słabsza (chora leworęczna), pnie nerwowe i splot barkowy na ucisk niebolesne, brak tętna w zakresie *sulcus bicipitalis*, ciśnienie krwi RR. na ręce chorej 0, na zdrowej 150/100. Pozatem elektrokardjogram (Dr. Falkiewicz) bez zmian. Badanie moczu —. Odczyn W. R. —. Radjogram serca zmian nie wykazuje. Wobec utrzymywania się objawów mimo leczenia konserwatywnego chorą dnia 23. II. przeniesiono na Klinikę chirurgiczną, gdzie przystąpiono natychmiast do zabiegu operacyjnego. Zabieg operacyjny wykonał P. Prof. Ostrowski. W narkozie eterowej z cięcia typowego odsłonięto tętnicę ramieniową, a wobec braku tętna cięcie przedłużono ku pasze, odsłaniając w całości tętnicę pachową, która wyraźnie tętniła. W miejscu przejścia tętnicy pachowej w tętnicę ramieniową stwierdza się bardzo wyraźny pierścień skurczowy na przestrzeni około 4 mm, a tuż poniżej niego przez ścianę tętnicy prześwieca niebieskie zabarwienie odpowiadające zakrzepowi długości 1 cm. Dalej obwodowo od niego światło tętnicy było wolne, a w odległości 3—4 cm od pierwszego zakrzepu stwierdzało się na całej odsłoniętej przestrzeni tętnicy ramieniowej przeświecające niebieskawo grudkowaty skrzep długości około 4—5 cm. Sama tętnica zarówno w swojej pachowej jak i ramieniowej części wykazywała znaczne zwężenie światła, możnaby powiedzieć do połowy kalibru tętnicy prawidłowej. Ponad pierścieniem skurczowym wykonano najpierw na tętnicy pachowej na przestrzeni 6 cm bardzo dokładną sympatektomję, usuwając nietylko samą przydankę, ale również i łączno-tkankową pochewkę okołonaczyniową całego pęczka naczyniowego; poczem z nacięcia poprzecznego na tętnicy ramieniowej tuż poniżej pierścienia skurczowego wyjęto zakrzep najwyżej leżący, a następnie delikatnie wymasowując od obwodu usunięto resztę zakrzepu tworzącego różańcowaty postronek. Zwalniając częściowo uprzednio założone zaciskadła Höpfnera na oba odcinki tętnicy tak proksymalnie jak i dystalnie, stwierdzono, że krew tętnicza pod dość znacznem ciśnieniem wydobywa się tak z jednego jak i z drugiego odcinka, wobec czego po zaparafinowaniu najbliższego otoczenia otworu naczynia nałożono szew naczyniowy węzełkowy z parafinowanego jedwabiu. Przesączającą się między szwami krew zatamowano pod wpływem elastycznego ucisku napojonego parafiną gazika. Pierścień skurczowy przed operacją wyraźnie zaznaczony po wykonaniu powyższych zabiegów znikł bez śladu, obwodowy zaś odcinek tętnicy począł się wypełniać krwią. Szew skórny. Opatrunek. Bezpośrednio po zabiegu nie stwierdzono obwodowego tętna tętnicy promieniowej, stan kończyny w szczególności w zakresie samej ręki uległ jakgdyby pogorszeniu w tem znaczeniu, że kończyna wykazywała bez przerwy trupią bladość bez jakiejkolwiek gry naczyniowej. Stan ten mógłby odpowiadać t. zw. negatywnej fazie po sympatektomji przejawiającej się jak wiadomo bardzo znacznem zwężeniem naczyń. Po 3 godzinach ręka przybrała lekko różowe zabarwienie na całej swojej przestrzeni bez wyraźnego oddzielenia się charakterystycznej plamy czerwono-niebieskawej istniejącej przed operacją, a umiejscowionej na granicy terenu unerwionego przez nerw promieniowy. Gra naczyniowa była jednak nadal bardzo upośledzona. Chora subjektywnie tego dnia wieczorem odczuwała znaczną ulgę spowodu zniknięcia przykrego drętwienia palców i bólów. W 3 dni po operacji wygląd ręki zupełnie prawidłowy. Drętwienie i bóle ledwie zaznaczone. Gra naczyniowa prawie jednakowa na obu kończynach. Różnica temperatur mierzona termometrem skórnym wykazuje 2.5°. Badanie drobnowidowe części zakrzepu wykazuje typowe utkanie warstwowego zakrzepu wiśniowego. Badanie bakterjologiczne stwierdziło zupełną jałowość zakrzepów. Etjologja powstania zakrzepu, szczególnie w tych warunkach jak w naszym przypadku jest bardzo niejasna; młody wiek chorej, brak przebytego schorzenia zakaźnego, ujemny odczyn Wassermanna, wykluczone zapalenie wsierdzia, badaniem internistycznem serca, elektrokardjografem oraz Roentgenem, brak zmian w moczu, prawidłowe zachowanie się ciśnienia, wszystko to stanowi te momenty, które mogłyby tłumaczyć powstanie zakrzepu. Pewnym punktem zaczepienia dla utworzenia się zakrzepu w naszym przypadku mógłby być poród przebyty przed 6 miesiącami, wędrowanie jednakże zakrzepu z żył macicznych do układu tętniczego mogłoby się odbywać przy istnieniu ***foramen ovale apertum***, co w danym przypadku jest trudne do przyjęcia wobec dokładnego przebadania serca. W ostatnich czasach zwracają uwagę niektórzy ze szkoły Mayo, Adson, pozatem Oppel na t. zw. wrodzoną wąskość tętnic, która może być przyczyną segmentarnych skurczów naczyniowych i w ten sposób stworzyć pewien anatomiczny podkład dla zmian w błonie wewnętrznej naczynia pod postacią t. zw. endoteljozy i na tem tle do ewentualnego następowego tworzenia się w tych miejscach zakrzepu. Przechodząc do leczenia chirurgicznego, stoimy dziś na stanowisku, że w samem rozpoznaniu zakrzepu większych naczyń tętniczych mieści się równocześnie wskazanie do natychmiastowego zabiegu operacyjnego. Znane są wprawdzie przypadki, że nawet po 22 godzinach uzyskiwano pomyślne wyniki drogą embolektomji, szybko jednakże występujące zmiany w błonie wewnętrznej, które warunkują wtórne wytwarzanie się zakrzepów, dają naogół rokowanie złe. Niezależnie od zmian ściśle anatomicznych należy dobitnie zaakcentować w myśl tezy wysuniętej w ostatnich latach przez Leriche'a, że każde upośledzenie krążenia wywołane czyto zmianami w świetle względnie w ścianach naczynia staje się źródłem zmian czynnościowych, odruchowych w postaci zwężenia naczyń nietylko w zakresie danego naczynia, ale też i w obrębie wytwarzającego się już krążenia obocznego. Tem należy więc tłumaczyć dobre wyniki, jakie szkoła Leriche'a osiągnęła drogą arterjektomji przy obliteracji naczyń tętniczych względnie w tych wszystkich przypadkach, gdzie Leriche, Gregoire i Jouve przyjmując nieodwracalne zmiany w błonie wewnętrznej naczynia przy embolektomji wykonywali równocześnie wycięcia tętnicy. Wracając do przypadku przez nas przedstawianego skłonni jesteśmy przypisać pomyślny wynik pooperacyjny nietylko usunięciu samej przeszkody w krążeniu, a więc embolektomji, ale też i sympatektomji periarterjalnej równocześnie wykonanej, która niewątpliwie miała znaczny wpływ na mechanizm istniejącego już prawdopodobnie krążenia obocznego.

W dyskusji: Kol. F a l k i e w i c z podaje, że badał chorą dokładnie i żadnych zmian w zakresie serca i pozostałych naczyń obwodowych nie stwierdził. W wywiadach także brak danych, któreby wskazywały na przebyte zapalenia wsierdzia. Gdy się uwzględni umiejscowienie zakrzepu oraz zupełnie normalny stan serca (żadnych objawów komunikacji między sercem lewem a prawem), przyjąć należy powstanie zakrzepu w danym przypadku na tle zmian w naczyniu.

W dyskusji nad wykładami wygłoszonemi przez kol. W i c z y ń s k i e g o i L i e b h a r t a na poprzedniem posiedzeniu zapytuje kol. S t a u b e r, który z hormonów płciowych ma działanie hipotensyjne.

Kol. F e l l zaznacza, że hormony jajnikowe w wybitnym stopniu podwyższają próg nerkowy dla t. zw. substancyj progowych t. j. takich substancyj, które przesączają się w kłębuszkach nerkowych, a następnie ulegają częściowemu zwrotnemu wchłanianiu w kanalikach nerkowych. Do tych substancyj należy cukier. Otóż Elias i Fell stwierdzili *(Arch. f. exp. Path. u. Pharmak.* t. 150), że systomenzyna i agomenzyna wybitnie podwyższają próg nerkowy dla cukru. Podczas gdy normalny próg dla cukru wynosi 150—160 mg %, to pod wpływem obu hormonów podwyższał się aż do 246 mg %. Lebermann stwierdził, że hormony płciowe w wybitnym stopniu wspomagają pituitrynę w jej działaniu antydiuretycznem. Również doświadczenie kliniczne poucza nas o tem, że antydiureza pituitrynowa wypada zawsze słabiej przed pokwitaniem, niż u osobników po pokwitaniu, gdyż u tych rozwinięte gruczoły płciowe wzmagają antydiuretyczne działanie przysadki mózgowej. Te przykłady przemawiają za tem, że 1) istnieje związek czynnościowy nietylko pomiędzy przednim płatem przysadki mózgowej a jajnikami, ale też pomiędzy tylnym, 2) że hormony jajnikowe nie podlegają wyłącznie wpływowi przysadki mózg. ale, że odwrotnie wywierają również wpływ pobudzający na nią, o czem wspomniał kol. Wiczyński i 3) że czynność hormonów jajnikowych nie ogranicza się tylko do współdziałania wzgl. antagonistycznego nastawienia względem innych gruczołów wkrewnych, ale że mają one też punkt zaczepienia w narządach miąższowych, w tym wypadku w kanalikach nerkowych.

Kol. L i e b h a r t *w odpowiedzi* zaznacza, że folikulina ma działanie hipotensyjne tylko u kobiet.

6. Kol. B ü h n St., czł. T-wa: omawia zagadnienie *przetok płucno-opłucnowych ze stanowiska fizjologji.* (Pol. Gaz. Lek. Nr. 19. 1934).

Sekretarz Doroczny: *W. Bross.*

Lwowskie Towarzystwo Ginekologiczne.

I. P o s i e d z e n i e n a u k o w e z dnia 16 stycznia 1934.
Przewodniczący: Kol. Doc. M ą c z e w s k i.

1. Przewodniczący podaje do wiadomości uchwały Wydziału, w myśl których obniżono wkładki członkowskie do wysokości 8 zł kwartalnie i postanowiono subwencjonować klinikę poł.-gin. kwotą 200 zł przy zakupnie epidiaskopu z prawem używania przez członków L. T. G.

2. Kol. S c h o r r przedstawia chorą z rozpoznaniem *elongatio cervicis uteri.* Przypadek dotyczył chorej l. 35, u której lekarz

przed 5 tygodniami spowodu przedłużenia się porodu naciął szyjkę macicy i wykonał wymóżdżenie płodu. Od czasu porodu wystaje chorej szyjka macicy na około 5 cm przed sromem. W wywiadach chora podała, że jeszcze przed zamążpójściem wystawało jej coś przed szparą sromową, zwłaszcza silnie wysuwało się w czasie parcia na stolec a następnie się cofało. Badanie ginekologiczne: przed sromem wypadła zgrubiała i obrzękła szyjka macicy, dług. 11 cm, w linji środkowej nacięta, pokryta granulacjami. Sklepienia pochwy obniżone, macica w lekkiem tyłopochyleniu. Przed pokazem referent omówił pokrótce odmienne poglądy na *elongatio cervicis uteri* według Rosnera, Halbana, Tandlera, Schroedera, Hofmajera, Aschoffa, Mayera i in. Wkońcu referent przedstawił poglądy na genezę prolapsów konstytucjonalnych, wskazując jako najczęstsze tło astenję uniwersalną a pośrednio niedorozwój miejscowy części rodnych.

W dyskusji: Kol. Lenczowski, Liebhart. Kol. Doc. Mączewski: w przedstawionym przypadku nie stwierdza objawów astenji, nie sądzi również, aby tło konstytucjonalne odgrywało jakąś rolę. Narząd rodny zewnętrzny i wewnętrzny nie wykazywał żadnych zmian konstytucjonalnych. Sądzi, że jest to sprawa przerostowa.

3. Kol. Lenczowski przedstawia przyp. *VI. mies. ciąży, powikłanej torbielą, wychodzącą z przewodu Gartnera.* Torbiel wielkości dużej pięści o bardzo cienkich i gładkich ścianach, znajdowała się po prawej stronie macicy międzyblaszkowo, górnym szczytem swoim dochodząc do *ligamentum cardinale* a w dole gubiąc się w kierunku pochwy. Guz wyłuszczono drogą laparotomji. Prelegent uważa operację w danym przypadku za bardzo wskazaną, gdyż nie ulegało żadnej wątpliwości, że podczas porodu guz stanowiłby dużą przeszkodę w wydalaniu płodu. Pozatem prelegent zwraca uwagę na dosyć częste występowanie torbieli jajnikowej z narządów szczątkowych, jak w przedstawionym przypadku z przewodu Gartnera, w ciąży. Za jeden z powodów tworzenia się torbieli może być uważany obrzęk ciążowy i wpływy hormonalne.

W dyskusji: Kol. Mączewski, Lenczowski.

4. Kol. Rychłowski: *Przypadek raka sutka i macicy.*

W dyskusji: Kol. Lenczowski, Mączewski.

5. Kol. Gerhardt wygłasza wykład p. t.: *W sprawie rozpoznawania płci płodu w łonie matki.*

Po nakreśleniu rozwoju zapatrywań na zagadnienia z tej dziedziny począwszy od czasów Hippokratesa, referent opisuje własne doświadczenia, wykonane wspólnie z kol. Popielskim na królikach w myśl wskazówek, ogłoszonych przez autorów amerykańskich Dorn i Sugerman. Wbrew twierdzeniom autorów amerykańskich, ref. nie otrzymali dodatnich wyników na podstawie makroskopowego oglądania jąder królików, typowe natomiast i przekonywujące były obrazy histologiczne jąder królików dla płodów płci żeńskiej jakoteż i męskiej. Wyniki te ref. demonstruje na mikrofotogramach. W obrazach mikroskopowych, charakterystycznych dla płodów płci żeńskiej, zaznaczały się bardzo wyraźnie zmiany, świadczące o wybitnie przyśpieszonem dojrzewaniu płciowem komórek nabłonkowych jądra, podczas gdy w obrazach, typowych dla płodów płci męskiej, na pierwszy plan wybijała się silnie rozrosła tkanka łączna śródmiąższowa. Część natomiast miąższowa w ostatnich przypadkach wykazywała zmiany zanikowe i wsteczne, powstałe prawdopodobnie następowo na skutek ucisku ze strony silnie rozwiniętej tkanki łącznej podścieliskowej. Zmiany te ref. przypisuje działaniu hormonów płciowych przysadki mózgowej — prolanu A i B —, które w myśl twierdzenia ref. znajdują się w moczu ciężarnej w różnych stosunkach ilościowych, zależnie od płci płodu, zawartego w łonie matki. W przypadkach, w których w łonie matki znajduje się płód męski, mocz tej ciężarnej zawiera znacznie więcej prolanu B, zaś tam, gdzie znajduje się płód żeński, w moczu przeważa prolan A. (Rzecz w całości ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Lenczowski podaje, że podobne doświadczenia rozpoczęto w klinice położniczej, ale je później zarzucono. Mówca wyraża się z uznaniem o wynikach prac ref. Dodaje przytem, że według jednego z autorów, płeć płodu zależy od chemicznego oddziaływania wydzieliny, znajdującej się w pochwie w czasie stosunku płciowego.

Kol. Gerhardt wyjaśnia, że płeć płodu zależy od obecności lub braku heterochromosomu w plemniku, zapładniającym komórkę jajową. Plemnik żeński jest obarczony jednym dodatkowym chromosomem, stąd jest cięższy i mniej ruchliwy. Otóż wszystkie czynniki, które utrudniają zapłodnienie, jak kwaśne oddziaływanie pochwy, mechaniczne i chemiczne środki obronne przed zapłodnieniem, stwarzają tem samem lepsze warunki do zapłodnienia jaja plemnikiem męskim, lżejszym i ruchliwszym.

Kol. Doc. Mączewski zauważa, iż prelegent na podstawie badań doświadczalnych wysnuł własną koncepcję rozpoznawania płci, w myśl której możnaby ewent. rozpoznać płeć płodu przez ilościowe oznaczenie prolanu A i B w moczu ciężarnej, na podstawie histologicznych obrazów jąder królików. Czy ta koncepcja, zupełnie oryginalna, okaże się słuszną, wykażą dalsze badania, które prelegent prowadzi.

6. Kol. Gizowski wygłasza wykład p. t.: *Poród u starszych pierwiastek.* (Rzecz ukaże się w druku).

Sekretarz: *Dr. Gerhardt.*

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 30 stycznia 1934 roku.

1. Kol. Chodkowska S. opisuje przypadek a) tętniaka części zstępującej tętnicy głównej przy równoczesnej gruźlicy płuc, b) tętniaka serca. Oba przypadki dotyczyły osobników dotkniętych kiłą.

2. Kol. Markert W. wygłosił odczyt p. t.: *„O eozynofilji we krwi w niedokrwistości złośliwej“.*

W typowym obrazie krwi n. z. niema krwinek wielojądrzastych kwasochłonnych (eos). Stwierdzenie więc eos. w rozmazie krwi w n. z. wzbudza podejrzenie n. z., wywołanej czerwiami jelitowemi. Rozstrzygnięcie zagadnienia, czy zwiększona liczba eos. nie zależy od obecności pasorzytów, może czasami stwarzać wątpliwości, nieustępujące nawet wtedy, gdy badanie stolca jaj pasorzytów nie wykrywa. Prelegent prześledził zachowanie się eos. we krwi u chorych na n. z., przebywających w II Klinice chor. wewn. U. W. za okres 6-cio letni, poczynając od r. 1927. Zauważył, że 1. pod wpływem leczenia wątrobą surową oraz jej przetworami, przetworami żołądka i przetaczaniem krwi w większości przypadków n. z. pojawia się we krwi eozynofilja, która czasami nawet może dochodzić do 30%. Przyjmując, że pojawienie się zwiększonej liczby eos. jest zawsze odczynem szpiku kostnego (Naegeli), sądzić można, że wszystkie wyżej wymienione środki pobudzają szpik kostny do zwiększonej czynności w sensie wytwarzania poszczególnych rodzajów krwinek, zarówno co do ilości, jak i jakości; 2. w 43% naszych przypadków otrzymano wraz z eozynofilją remisję z ogólną poprawą stanu zdrowia, w 17% przypadków nie stwierdzono eozynofilji i poprawy, nie stwierdzono również eozynofilji w obrazie krwi w żadnym przypadku, który skończył się śmiercią. Wobec tego w 60% przypadków można było stwierdzić między eozynofilją we krwi a natężeniem choroby zależność w tym sensie, że przypadki z eozynofilją miały zawsze skłonność do remisji i ogólnej poprawy stanu zdrowia, brak zaś eos. szedł równolegle z brakiem poprawy lub pogorszeniem; 3. w 15% wszystkich przypadków stwierdzono remisję bez równoczesnego zwiększenia się liczby eos. w obrazie krwi. Nie stwierdzono natomiast w żadnym przypadku, aby zwiększeniu liczby eos. towarzyszyło równoczesne zmniejszenie liczby krwinek cz. krwi. Wobec tego należy przyjąć, że wzrost liczby eos. podczas leczenia jest zawsze objawem dodatnim, świadczącym o odczynie szpiku kostnego w sensie wzmożonej jego czynności, brak natomiast eozynofilji jeszcze nie wyłącza zdolności odrodczej szpiku kostnego.

Pozatem omówił wpływ podawania przetworów śledziony w n. z. z eozynofilją, zmniejszający w jednym przypadku liczbę eos. z 30% do 11% jednak niekorzystnie wpływający na liczbę krwinek czerwonych. Omówiono również sposób podawania surowej wątroby w klinice.

W dyskusji: Kol. Szokalski, opierając się na pracy kol. Janowskiego, w której zaznaczono, że podawanie pepsyny wywołuje eozynofilję, zapytuje, czy preparaty żołądka, podawane w niedokrwistości złośliwej, również zwiększają liczbę krwinek białych kwasochłonnych.

Kol. Markert w odpowiedzi wyjaśnia, że w II Klinice Chorób Wewn. U. W. stwierdzano eozynofilję nietylko podczas podawania samej wątroby, lecz także po stosowaniu przetworów wątroby i preparatów żołądka, oczywiście w tych przypadkach, w których następuje wybitna poprawa. W ostatnich numerach „Nowin Lekarskich“ ogłoszono pracę o wpływie na skład krwi wyciągów żołądka, stosowanych podskórnie. W jednych przypadkach eozynofilja zwiększała się od 6% do 9%, w drugich nawet do 19%.

3. Kol. Blacher L. wygłosił odczyt p. t.: *„Hematologiczna i kliniczna wartość płytek krwi“.*

Prowadzone od szeregu lat badania nad zachowaniem się płytek w różnych stanach chorobowych doprowadziły autora do spostrzeżenia, że płytki achromatyczne pojawiają się we krwi jednocześnie z krwinkami białemi kwasochłonnemi, a zwiększonym odsetkom płytek panchromatycznych apyknotycznych towarzyszy we krwi limfocytoza wówczas, gdy płytki panchromatyczne pyknotyczne występują z leukocytozą wielojądrzastą.

Celem skontrolowania tego spostrzeżenia autor przeprowadzał określenia stanu czerwonokrwinkowego i białokrwinkowego na podstawie obrazu morfologicznego płytek. Na podstawie tych badań, które były prowadzone pod pewną kontrolą, autor dochodzi do następujących wniosków:

1) małe liczby płytek z płytkogramami, w których była przewaga płytek panchromatycznych apyknotycznych bez pozostałych postaci płytek, przemawiają za zmniejszoną liczbą krwinek czerwonych nadbarwliwych i leukopenją z limfocytozą;

2) jeżeli w opisanym stanie układu płytkowego przy dalszem badaniu stwierdza się przesunięcie płytek panchromatycznych w lewo na korzyść płytek pyknotycznych tej samej grupy oraz pojawienie się płytek achromatycznych i akrochromatycznych a liczby płytek wzrastają, to należy wnioskować o zwiększeniu się liczby krwinek czerwonych i białych w 1 mm^3 krwi, przyczem krwinki czerwone stają się niedobarwliwe;

3) niedopłytkowość i przewaga płytek panchromatycznych pyknotycznych współistnieje ze zmniejszoną liczbą krwinek czerwonych niedobarwliwych i z leukocytozą wielojądrzastą;

4) wybitnie zmniejszone liczby płytek bez wybitnych zmian w płytkogramie przemawiają za stanem białaczkowym;

5) obecność płytek achromatycznych w większym odsetku współistnieje z eozynofilją krwi.

Przed przystąpieniem do omówienia wartości klinicznej płytek krwi, autor podaje szczegół, dotyczący metody badania płytek, opisanej przez niego, zaznaczając, że szczegół ten znacznie upraszcza i doprowadza czas wykonania rozmazu płytkowego do 1 minuty.

Wartość kliniczną autor stwierdził w 67 przypadkach: 9 przypadków niedokrwistości biermerowskiej, 28 przyp. niedokrwistości wtórnej, 6 przyp. białaczki, w pozostałych przypadkach przeważały zaburzenia gruczołów dokrewnych. Układ płytkowy zachowywał się w wymienionych jednostkach chorobowych rozmaicie, wytwarzając pewien typ dla poszczególnych chorób. Ponadto autor stwierdził, że małopłytkowość występuje nietylko w białaczce i w ciężkich postaciach niedokrwistości, lecz również w przypadkach innych chorób z powiększoną śledzioną, a szczególnie w stanach chorobowych z zaburzeniem gruczołów dokrewnych.

W dyskusji: Kol. C z u b a l s k i ma wątpliwości, czy trudna i delikatna metoda obliczania płytek krwi, składnika dającego największe niespodzianki liczbowe, posiada możność utrzymania się, skoro obliczając białe i czerwone ciałka krwi uzyskujemy wyniki pewniejsze. Liczba płytek Bizzozero bywa w wielu przypadkach odbiciem zmian nietylko patologicznych lecz i fizjologicznych. Może ona zależeć od napięcia nerwów parasympatycznych. Nie jest również obojętne miejsce, z którego pobiera się krew do badania. Pod wpływem drażnienia wspomnianych nerwów następuje spadek liczby płytek we krwi żylnej, podczas gdy we krwi tętniczej albo niema wcale zmian, albo zachodzą nieznaczne odchylenia i to w niektórych odcinkach układu tętniczego. Spadek płytek Bizzozero we krwi żylnej wraca po kilkudziesięciu sekundach do dawnego poziomu. Spadek liczby płytek wobec stosunkowo szybkiego powrotu do stanu poprzedniego trzebaby tłumaczyć usunięciem się płytek ze krwi. Jest to specyficzne oddziaływanie ustroju na drażnienie nerwu błędnego. Badania doświadczalne wykazały, że działanie pewnych ciał, otrzymanych z płytek Bizzozero i wprowadzonych do krwi jest podobne do działania nerwu błędnego. Zmiany liczbowe płytek pod wpływem drażnienia wymienionego nerwu tłumaczy mówca zmianami w śródbłonku naczyń.

Kol. E r l i c h ó w n a zapytuje, czy dodawanie płynu rozcieńczającego nie zmienia właściwości morfologicznych płytek w porównaniu z kształtem, budową i barwliwością płytek w zwykłym rozmazie krwi. Byłoby to zwłaszcza interesujące w trombopenji, w której mamy do czynienia z zaburzeniami w czynności płytek.

Kol. S ł o n i m s k i P. rozpatruje zagadnienie z punktu widzenia biologji doświadczalnej i przytacza prawidłowy obraz krwi ludzkiej. Według mówcy komórki olbrzymie szpiku są komórkami macierzystemi płytek Bizzozero. Następnie kol. Słonimski uważa, że referent nie uwzględnił składników genetycznych.

Kol. F i d l e r sądzi, że trudno byłoby uwzględnić poszczególne fragmenty biologiczne, przedstawione przez kol. Słonimskiego. Jest to zespół bardzo zawikłany. Z referatu kol. Blachera wynika pewna zależność pomiędzy płytkami a czerwonemi i białemi ciałkami krwi. Badanie płytek uzupełnia wnioski diagnostyczne. Kol. Fidler odnosi jednak wrażenie, że jeśli chodzi o praktyczne wskazania i wnioski dla kliniki, to droga badania płytek jest ograniczona w swoich możliwościach, gdyż morfologja jakiegoś ciałka nie wyczerpuje zagadnienia. Morfologja płytek może być prawidłowa, ale obrazy kliniczne wskazują na stan patologiczny we krwi i to właśnie w tych składnikach, które decydują w krzepliwości krwi. Może badania na drodze fizykochemicznej doprowadzą do odpowiednich wyników.

Kol. B l a c h e r uważa, że z klinicznego punktu widzenia badanie płytek ma znaczenie, chociażby dla ustalenia typu niedokrwistości. Badanie płytek decyduje również o istnieniu eozynofilji, która posiada znaczenie dla rokowania. Prace o ostrej trombopenji, czy ostrej trombocytozie znane są kol. Blacherowi, lecz nie wspominał ich, ponieważ nie miały one związku z jego tematem. Referent sądzi, że ostre wahania w liczbie płytek pod wpływem drażnienia nerwu błędnego dają pewne pojęcie o zachowaniu się płytek w morfologji krwi. Na zapytanie kol. Erlichówny referent odpowiada, że do liczenia płytek używał 1% roztworu cytrynianu sodu w soli fizjologicznej, jako najstosowniejszego do zachowania morfologicznych cech płytek. Co się tyczy uwag kol. Słonimskiego, to referent sądzi, że biolodzy nie są zdecydowani, czy płytki Bizzozero powstają z megakarjocytów, czy z innych komórek.

4. Kol. L o b m a n ó w n a wygłosiła odczyt p. t.: *„Znaczenie badania morfologicznego krwi dla kliniki"*.

Czynniki chorobotwórcze wywołują, drażniąc układ krwiotwórczy, zmiany ilościowe i jakościowe w obrazie krwi. Różnorodność odczynów układu krwiotwórczego zezwala na wniknięcie w istotę choroby, określenie jej natężenia i przebiegu, trafne rokowanie, ocenę skuteczności leczenia i wykrycie powikłań. Nie stawiamy rozpoznań na podstawie wyników badań morfologicznego składu krwi: obraz krwi jest jednym z objawów klinicznych i tylko w połączeniu z innemi objawami może mieć znaczenie w rozpoznawaniu.

W dyskusji: Kol. E r l i c h ó w n a podkreśla wartość obliczenia nietylko odsetek ale i absolutnej liczby poszczególnych postaci białych ciałek krwi. Rozbieżność w opisach obrazów hematologicznych polega przeważnie na braku badań sekcyjnych. Naprzykład, w mięsaku limfatycznym jedni mówią o limfocytozie, inni o limfopenji, dlatego że na początku choroby następuje podrażnienie, a w ostatnim okresie zniszczenie układu limfocytotwórczego. Przesunięcie obrazu obojętnochłonnego w lewo ma duże znaczenie m. i. w różniczkowem rozpoznaniu pomiędzy leukopenją zasadniczą (dur, odra) a leukopenją wtórną, która jest jednym z okresów leukocytozy obojętnochłonnej. Jeszcze ważniejszem od przesunięcia w lewo są zmiany toksyczne w białych ciałkach krwi, występujące niezależnie od stopnia przesunięcia obrazu, np. w przypadkach ogólnych zakażeń o gwałtownym przebiegu. W przypadkach, w których rozpoznanie waha się między odrą i różyczką, obecność komórek plazmatycznych przemawia za różyczką, o ile osobnik w chwili zjawienia się wykwitów nie miał sprawy ropnej lub niedokrwistości. W różyczce w ciągu paru dni liczba komórek plazmatycznych wzrasta od kilku do kilkunastu procent. Z tego wynika wyższość badań sekcyjnych nad pojedyńczemi badaniami.

Kol. S ł o n i m s k i sądzi, że kol. Lobmanówna stoi na stanowisku, iż wszystkie krwinki pochodzą z mezenchymy. Na skutek pracy mówcy przyjęto pogląd o pochodzeniu ciałek czerwonych z entodermy. Z teoretycznego punktu widzenia możnaby podawać chorym żółtka niegotowane, gdyż w nich znajdują się składniki, umożliwiające syntezę hemoglobiny.

Kol. L o b m a n ó w n a uważa, że w badaniu morfologji krwi lepiej jest podawać liczby odsetkowe. Operowanie małemi liczbami jest bardziej proste. Co się tyczy różniczkowania duru i ciężkiej sprawy ropnej, to w obu przypadkach możemy stwierdzić leukopenję. Ale w ciężkiej sprawie ropnej występują olbrzymie zwyrodnienia w zarodzi i w jądrach krwinek. Następnie kol. Lobmanówna przyjmuje do wiadomości pogląd o pochodzeniu krwinek czerwonych z entodermy.

Sekretarz Doroczny: *Aleksander Pruszczyński.*
Prezes: *Ludwik Paszkiewicz.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dr. Roman J a r o s i e w i c z, lekarz-dentysta, zmarł w Stanisławowie w wieku 72 lat.

Dnia 3-go maja r. b. zmarł w Zagrzebiu W ł o d z i m i e r z J e l o w s e k, długoletni naczelny redaktor Lijenickiego Vjestnika, pisma lekarskiego, wychodzącego przeszło 50 lat w języku serbo - chorwackim. Ś. p. J e l o w s e k był gorącym rzecznikiem porozumienia słowiańskiego, uczestniczył wraz z małżonką

we wszystkich zjazdach lekarzy słowiańskich. W Polsce był dwukrotnie w roku 1927 na I Zjeździe Lekarzy Słowiańskich w Warszawie i w roku 1932 na IV Zjeździe Lekarzy Słowiańskich w Poznaniu. Zmarły nauczył się i nauczył żonę swoją języka polskiego, referował też bardzo pilnie piśmiennictwo lekarskie polskie w redagowanem przez siebie piśmie.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Posiedzenie Pol. Tow. Oto-Laryngologicznego odbyło się 24 maja w Warszawie. Na porządku dziennym demonstracje chorych.

XIV. posiedzenie Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się 25 maja b. r. w Sanatorjum Kasy Chorych przy ul. Kurkowej 31. Porządek dzienny: Gruca: Pokazy 1) złamań szyjki kości udowej, 2) operacyj wytwórczych stawów, 3) plastyki dachu panewki, 4) gruźlicy stawu biodrowego leczonej operacyjnie. — Sowiński: Pokaz złamań leczonych operacyjnie 1) kostek, 2) szczęki, 3) przedramienia, 4) uda. — Kowalski J.: Pokaz 1) dwu przypadków wrodzonego wysokiego ustawienia łopatki, 2) wrodzonej stopy końsko-szpotawej, 3) porażeń wiotkich stopy. Ambros: Pokaz przypadków 1) zapalenia szpiku kostnego, 2) guza szyi. — Sowiński: Pokaz przypadku pęknięcia jelita biodrowego. Bross W.: Przebicie wrzodu dwunastnicy (pokaz). — Falkiewicz A.: Dwa przypadki zupełnego rozkojarzenia przedsionkowo-komorowego. — Gruca: Omówienie przypadków 1) wrzodu okolicy zastawki Bauhina, 2) niedrożności jelit na tle nowotworu trzustki, 3) wrzodu dwunastnicy, 4) raka kiszki grubej.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego i Pol. Lek. Tow. Radjologicznego odbyło sie 29 maja b. r. Mikułowski Wł., Rachoniowa K., Rasolt H. Interferencja dwu rytmów u dziecka kilowego. — Kryński B. Z dziedziny rozpoznań schorzeń opłucnej międzypłatowej. — Dąbrowski K. i Werkenthin M. Stosunek obrazu klinicznego do radjologicznego w gruźlicy płuc.

Sprawy zawodowe.

W połowie kwietnia r. b. w Asch (Czechosłowacja), na granicy czesko-bawarskiej, wybuchła wielka endemja włośnicy *(trichinosis)*. Obecnie w samem Asch jest przeszło 100 chorych. Jest to pierwszy większy wybuch włośnicy w Czechosłowacji. Władze przedsięwzięły środki w celu opanowania endemji. Od 27. IV. w rzeźni w Asch obowiązuje przymusowe badanie mięsa wieprzowego na obecność włośni *(trichina)*. Dotychczas na terytorjum Państwa Czechosłowackiego nie było nakazu weterynaryjnego badania mięsa na włośnicę.

Na żądanie Min. Spraw Wewn. w Państw. Urz. Zdrowia w Berlinie założona została centrala, mająca na celu rejestrację ozdrowieńców po chorobie Heine-Medine'a i stworzenie z nich kadry krwiodawców.

W miastach holenderskich urządzono 2500 ulicznych punktów opatrunkowych, przeznaczonych dla okazywania pomocy rannym w wypadkach samochodowych. Każdy punkt składa się z właściwego pokoju opatrunkowego, zaopatrzonego w podręczną aptekę oraz w aparat telefoniczny.

Różne.

Otwarcie w Krynicy Oddziału Zdrojowiskowego Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecych Uniw. Jagiell. W dniu 15 maja b. r. został uruchomiony w Krynicy Oddział Zdrojowiskowy Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecych U. J. w Krakowie. Oddział znalazł pomieszczenie w jednem ze skrzydeł Nowych Łazienek, które na ten cel odstąpiło Ministerstwo Opieki Społecznej. Skrzydło to zaadaptował Zarząd Zdrojowy, którego Dyrektor Inż. Nowotarski, stosując się do wskazówek Dyrektora Kliniki Profesora Dra J. Zubrzyckiego, dołożył wszelkich starań, by adaptacje tam przeprowadzone umożliwiły urządzenie Oddziału Klinicznego odpowiadającego swojemu celowi. Część urządzenia wewnętrznego dostarczył Zarząd Zdrojowy na resztę urządzenia, jak również na zakupno aparatów naukowych i leczniczych przeznaczyło Ministerstwo Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego osobną dotację. Oddział stanowi część integralną Kliniki Położniczej i Chorób Kobiecych U. J. a Dyrektorem jego jest każdorazowy Dyrektor Kliniki Położniczej i Chor. kob. U. J. Agendy Oddziału prowadzą przydzielani Asystenci i Lekarze z Kliniki. Chore są przeznaczone do leczenia zdrojowiskowego przez Klinikę i stamtąd przesyłane na Oddział po uprzedniej obserwacji klinicznej. W dwunastu pokojach, w których mieści się Oddział, znajduje się: pokój do badań, pracownia naukowa, łazienka do kąpieli mineralnych, pokój lekarza, i pomieszczenie dla 12 chorych i osobnej pielęgniarki klinicznej. Oprócz tego w osobnym holu mieści się wspólna jadalnia dla chorych. Oddział został wyposażony w najnowsze aparaty fizykoterapeutyczne a pracownia zaopatrzona w urządzenia pozwalające na przeprowadzenie badań naukowych. Celem Oddziału jest poczynienie spostrzeżeń naukowych nad właściwościami leczniczemi zdrojowiskowemi w odniesieniu do schorzeń narządów rodnych kobiecych, ustalenie wskazań i uzyskanie podstaw naukowych dla leczenia zdrojowiskowego w tym dziale medycyny. Stworzenie Oddziału umożliwia chorym klinicznym korzystanie z leczenia zdrojowiskowego na warunkach zwykłej taksy klinicznej, oraz korzystanie z przyrodzonych własności leczniczych Zdrojowiska-Krynicy, wspomaganych fizyko-terapeutycznemi metodami postępowania.

26 ub. m. przybyła do Polski wycieczka 35 lekarzy rumuńskich. Goście rumuńscy przybyli do Zakopanego z Czechosłowacji. Na powitanie wycieczki wyjechał do Zakopanego przewodniczący komitetu przyjęcia naczelnik dr. M. Kacprzak z Min. Opieki Społecznej i przedstawiciel lekarzy miejscowych. Z Zakopanego lekarze rumuńscy udali się do Krakowa, skąd po jednodniowym pobycie wyjechali do Warszawy. Na czele wycieczki stoi gen. dr. Vicol.

Królewski Instytut Zdrowia Publicznego *(The Royal Institute of Public Health)* w Londynie zaliczający do swego grona wybitne jednostki ze świata naukowego szczególnie lekarskiego organizuje w bieżącym roku wycieczkę do Polski w składzie do 100 — 150 osób. Konsulat Generalny Rzeczypospolitej w Londynie i Biuro Podróży „Orbis" udzielili organizatorom tej wycieczki wszelkiej pomocy w projektowanej podróży do Polski. Uczestnicy zainteresowani są głównie zwiedzeniem zakładów leczniczych, klinik, szpitali i uzdrowisk. Goście angielscy opuszczą Londyn w dniu 2 sierpnia b. r. na statku „Baltonia" i przybędą do Gdańska w dniu 6 sierpnia, gdzie zostaną przywitani przez przedstawiciela Komisarjatu Generalnego Rzeczypospolitej i Senatu Gdańskiego. Po krótkim pobycie w wolnem mieście udadzą się Anglicy do Inowrocławia. Pobyt przedstawicieli angielskiego świata naukowego w Inowrocławiu — Zdroju da sposobność zapoznania się zagranicy z urządzeniami tego ośrodka leczniczego. Przewidziane jest zwiedzenie inowrocławskich zakładów kąpieli solankowych i borowinowych oraz nowoczesnego Zakładu wodoleczniczego z oddziałami wodoleczniczemi i inhalatorjum. Uwagę lekarzy angielskich zwróci niewątpliwie sanatorjum dla schorzeń reumatycznych z wszelkiemi urządzeniami i mieszkaniami na miejscu oraz zakład zamknięty dla dzieci skrofulicznych również z własnemi kąpielami źródłowemi. Z Inowrocławia udadzą się uczestnicy wycieczki do Warszawy i Krakowa, gdzie zwiedzą cały szereg szpitali i klinik. Następnie powrócą nad morze do Gdyni i po zwiedzeniu portu udadzą się dnia 9 sierpnia w drogę powrotną do Londynu.

Od Redakcji.

Otrzymaliśmy dwa czasopisma włoskie: 1) *Rivista sanitaria siciliana* wydawane w Palermo, 2) *Minerva Medica* wydawane w Torino. P. T. Kolegów, którzy zechcieliby się podjąć referowania tych czasopism, prosimy o porozumienie z Redakcją.

Redakcja otrzymała:

Wł. Mikułowski: O roli kiły w etjologji wrodzonych wad serca u dzieci. Odb. „Medycyny" Nr. 4, 1934.

Wł. Mikułowski: Le problème de l'étiologie syphilitique du diabète infantile. Odb. „Revue Française de Pédiatrie" Nr. 6, 1933.

CENY OGŁOSZEŃ	1/1	1/2	1/4	1/8	1/16
okładki i w tekście miejsca zastrzeżone	zł 220.—	zł 120.—	zł 65.—	zł 35.—	—
Inne strony	zł 180.—	zł 100.—	zł 55.—	zł 30.—	zł 20.—

Załączenie do nakładu pisma wkładek reklamowych od zł 220.—

PRENUMERATA KWARTALNA

w kraju . . . . zł 14.—

zagranicą . . . . zł. 20.—

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.